

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N° 645

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves LENOEL

né le 23 février 1937 à AVRANCHES (Manche)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

UN SECTEUR PARTICULIER DE LA PSYCHIATRIE :

LA PSYCHIATRIE A L'HÔPITAL GÉNÉRAL

A propos de 20 observations de manifestations psychiatriques
révélatrices de maladies générales.

Président : Monsieur BOUDIN, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

POUR LE

N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves LENOEL

né le 23 février 1937 à AVRANCHES (Manche)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

UN SECTEUR PARTICULIER DE LA PSYCHIATRIE :

LA PSYCHIATRIE A L'HOPITAL GENERAL

A propos de 20 observations de manifestations psychiatriques
révélatrices de maladies générales.

Président : Monsieur BOUDIN, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

MM.

N...

LAMOTTE (M.)

N...

Professeurs à titre personnel :

CABROL (Ch.)
 OLIVIER (G.)
 NEZELOF (Ch.)
 BARBIER (P.)
 DREYFUS (J.-Cl.)
 BOURLIÈRE (F.)
 LARIVIÈRE (M.)
 LOEPER (J.)
 DEJOURS (P.)
 SCHERRER (J.)
 KELLERSHOHN (L.)
 GOUGEROT (L.)
 ROUCAYROL (J.-Cl.)
 TUBIANA (M.)
 FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
—	BAUMANN (J.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Bicêtre	DEPARIS (M.)
Broussais	MILLIEZ (P.)
Cochin	N...
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	CONTE (M.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MOZZIGONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — (Pitié)	DOMART (A.)
— — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
	RICHT (G.)
Néphrologie	LE BEAU (J.)
Neuro-chirurgie	LHERMITTE F.
Neurologie	PICHOT (P.)
Neuro-psychiatrie	MADURO (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Aux Miens,

A mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549022_0053

A Monsieur le Professeur Georges BOUDIN,

Titulaire de la Chaire de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse reconnais-
sance pour son enseignement.

A Monsieur le Docteur André LAURAS

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

Neuro-Psychiâtre

Assistant du Pavillon Dupré, à l'Hôpital St Antoine.

qui a inspiré ce travail et m'a constamment
aidé de ses précieux conseils à le réaliser.
En témoignage de ma très vive reconnaissance
et de ma respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur Bernard ALLIOT

Chef de Clinique Assistant de la Faculté de Paris

en remerciement de son amicale
et précieuse collaboration.

A mes Maîtres d'Externat,

Monsieur le Professeur Cl. OLIVIER,
Monsieur le Professeur P. MOLLARET,
Monsieur le Professeur R. BASTIN,
Monsieur le Docteur Pierre BOURGEOIS
Monsieur le Docteur T. RICOT

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur A. DOMART,
Monsieur le Professeur ALBEAUX-~~et~~FERNET,
Madame le Professeur J. AUBRY,
Monsieur le Professeur BOUCHARD,
Monsieur le Docteur URHY,
Monsieur le Professeur J. DELAY,
Monsieur le Docteur R. A. SCHWOB,
Monsieur le Docteur A. LAFFITE,
Monsieur le Professeur R. WORMS,
Monsieur le Professeur F. LHERMITTE,
Monsieur le Professeur R. GARCIN.

A Monsieur le Professeur VIC DUPONT,
Monsieur le Professeur J. HAZARD,
Monsieur le Professeur P. PICHOT,
Mademoiselle le Professeur T. LEMPERIERE.
Monsieur le Professeur J.C. GAUTHIER,
Monsieur le Professeur MARTEAU,
Monsieur le Professeur J. LAPRESLE,
Monsieur le Professeur S. GODLEWSKI,
Monsieur le Professeur R. RONDOT,
Monsieur le Professeur LABET,
Monsieur le Professeur PEPIN,
Monsieur le Professeur GUILLARD.

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre activité d'interne du pavillon DUPRE, du Service du Professeur BOUDIN à l'hôpital St Antoine, il nous a été donné d'examiner plusieurs malades admis pour des manifestations psychiâtriques, mais chez lesquels une affection organique responsable a pu être affirmée. De même nous avons rencontrés de nombreux malades porteurs d'affections somatiques connues mais graves et qui devaient être hospitalisés en milieu psychiâtrique. Nous allons présenter vingt observations de malades illustrant de tels faits, et soignés à Dupré au cours de ces dernières années.

Nous avons en effet été frappé par la relative fréquence des problèmes organiques dans ce pavillon psychiâtrique d'urgence. En analysant le bilan d'activité de ce pavillon, on remarque que cette importance des affections organiques lui confère une certaine spécificité.

Mais nous avons cependant remarqué que toute la pathologie psychiatrique, aussi bien aiguë que chronique, névrotique que psychiatrique, y était représentée.

Tout en constatant le rôle indispensable d'un pavillon psychiatrique d'urgence dans un hôpital général, nous ne pouvions manquer de constater l'insuffisance tant qualitative que quantitative d'un tel pavillon pour répondre aux énormes besoins psychiâtriques de l'hôpital général. Le bilan de la consultation de neuro-psychiatrie du service du Professeur BOUDIN mesure bien ces besoins.

Après avoir comparé ces constatations à celles d'autres services, hospitaliers nous avons été amené à penser, après bien d'autres, qu'il semblait indispensable qu'il existe des unités psychiâtriques autonomes à l'intérieur des hôpitaux généraux. Nous allons à ce sujet rappeler divers projets proposés dans ce sens.

OBSERVATION 1

Madame M... Georgette, 64 ans, est hospitalisée au pavillon Dupré le 25 septembre 1964 pour confusion mentale avec agitation. Elle est hostile et opposante et, devant l'absence de signes neurologiques, l'interne de garde lui fait faire une ampoule intramusculaire d'Halopéridol.

Le lendemain matin, elle est dans le même état d'opposition, mais ne tarde pas à entrer dans un coma vigile qui s'aggrave rapidement. La nuque est souple, les réflexes ocrnéens sont présents; par contre, les réflexes rotuliens sont abolis et le cutané plantaire est en extension des deux côtés.

On évoque un coma hypoglycémique, bien qu'il n'y ait pas de sueur. Les urines ne contiennent pas de sucre, mais des corps cétoniques. L'électro-encéphalogramme est altéré avec signes de souffrance diffuse sous la forme d'un delta à prédominance antérieure.

Une perfusion de sérum glucosé réveille la malade en quelques minutes. Le résultat de la glycémie, faite en urgence le matin, revient alors : 0,40 g/l.

L'histoire de la malade est alors reconstituée. Depuis trois ans, elle présente des pertes de connaissance, au rythme d'une par mois en moyenne : elle ressent un malaise, puis tombe à terre et ne se souvient plus de rien. Son fils confirme ces crises qui durent de quelques minutes à quelques heures, au cours desquelles elle s'immobilise, puis tombe. Ces crises avaient été considérées comme "hystériques" par le médecin contrôle de la Sécurité Sociale et la retraite anticipée réclamée par le médecin avait été refusée.

A noter dans les antécédents, deux interventions chirurgicales :

- une thyroïdectomie pour goître en 1943;
- une hémicolectomie gauche pour carcinome lieberkhunien en 1946.

Les jours suivants, l'examen neurologique peut être précisé : le signe de Babinski bilatéral persiste; on retrouve également des dysesthésies des membres inférieurs et un discret syndrome cérébelleux du membre supérieur droit.

Sur le plan psychique, la malade reste réticente, mais sa conscience et son comportement sont extrêmement variables d'un moment à l'autre, passant d'une humeur aimable et syntone à une grande irritabilité, ce qui rend son passage en service de médecine difficile.

Les tests psychologiques montrent essentiellement des signes d'hystérie et des mécanismes de défense hystériques et obsessionnels.

Le reste de l'examen clinique est normal.

L'hypothèse d'une hypoglycémie d'origine pancréatique est d'emblée évoquée et pour cela toute une série d'examens est demandée, la malade restant au pavillon Dupré :

- cycles glycémiques,
- tests de tolérance au glucose,
- 2 tests au tolbutamide qui sont positifs,
- test de Thorn,
- bilan hépatique - amylasémie,
- métabolisme de base - cartographie thyroïdienne,
- radiographies d'estomac et du colon,
- aortographie; etc.,.

Au terme de ce bilan, une tumeur pancréatique n'a pas pu être affirmée, mais les malaises se répétant, l'intervention exploratrice est décidée. Elle découvre un adénome langerhansien, facilement extirpable. Les suites opératoires sont satisfaisantes.

Cette première observation d'une agitation confusionnelle révélatrice d'un adénome langerhansien, montre bien la nécessité pour la malade d'être soignée à l'hôpital général en raison du nombre d'examens complémentaires spécialisés indispensables. Ses troubles psychiques ont imposé son séjour durable à Dupré.

OBSERVATION N° 2

Monsieur A. Ahmed, 26 ans, est amené par police-secours parce qu'il a été trouvé sur la voie publique dans un grand état d'excitation. On ignore tout des circonstances de survenue de cet état.

Il arrive à Dupré dans un grand état d'agitation avec mouvements désordonnés. Il n'y a pas d'agitation psychique. Il est plutôt obnubilé sans être comateux et suit du regard. Il ne répond pas aux questions et n'obéit pas aux ordres simples. Il s'oppose à l'ouverture de la bouche et à la prise de la température.

Mais on est d'emblée frappé par l'existence de sueurs. La température est à 36°4; la tension artérielle : 13/8; le pouls à 90. L'examen neurologique ne retrouve qu'une hypertonie de type oppositionnel.

On lui fait ingérer du sucre. En trente minutes, les sueurs disparaissent ainsi que le trismus.

Le malade semble plus présent. Il regarde autour de lui et est plus calme.

Le résultat de la glycémie revient : 0,50 g.

L'administration de sérum glucosé intraveineux ne semble pas être suivie d'effet.

Le lendemain, il est calme; mais le contact reste très mauvais.

Il baille sans cesse. Il exécute des ordres, mais ne répond pas aux questions simples, sinon en disant "je ne sais pas". Son attitude est faite d'un mélange de confusion et d'opposition.

L'examen neurologique est toujours normal.

Le surlendemain, il a retrouvé tous ses esprits.

On apprend qu'il est diabétique depuis 5 ans et qu'il est équilibré avec 50 unités d'I.P.Z. Il a d'ailleurs déjà présenté des accidents identiques.

Les séquelles d'une encéphalopathie hypoglycémique peuvent être très sévères. C'est dire que ce doit être un diagnostic d'urgence.

OBSERVATION N° 3

Monsieur W... Gabriel, est adressé par son médecin le 15 Octobre 1963 pour "un état de stupeur catatonique intervenu à la suite d'un gros choc psycho-affectif".

Lors de son admission à Dupré, l'état confusionnel est tel que l'interrogatoire est impossible. Il n'y a pas de signe méningé, pas de signe oculaire, mais l'examen objectif un discret déficit moteur droit et un Babinski droit. Il n'y a pas de notion de traumatisme.

Deux jours après, le déficit s'est accentué. Le fond d'ocul est normal ainsi que le liquide céphalo-rachidien.

Le tracé électro-encéphalographique est par contre très altéré ; rythme de base ralenti, mais relativement conservé. Il est nettement asymétrique dans son amplitude qui est beaucoup plus faible à droite ; décharges delta à expression bilatérale synchrones ne prédominant sur les régions antérieures et sur l'hémisphère gauche.

Il est adressé en urgence dans le service du Professeur DAVID où l'artériographie carotidienne va montrer un hématome sous-dural. Il est opéré le même jour.

L'évolution est très favorable.

Ce sont les examens neurologiques répétés quotidiennement et la possibilité d'obtenir rapidement les examens complémentaires qui ont permis de révéler au plus vite la cause de cet état de "stupeur catatonique".

OBSERVATION N° 4

Mademoiselle B... Claudine, 20 ans, est admise à Dupré le 29 Octobre 1962 pour un état d'excitation psychomotrice d'apparition brusque.

Cette jeune fille à un lourd passé endocrinien. Soignée tout d'abord pour une obésité qui la fait passer de 70 kg à 83 kg à 17 ans. En 1960, elle prend de la Thyrobo line pendant deux mois. Ceci fait apparaître une tachycardie, une exophtalmie et un changement de l'humeur : irritabilité, tristesse, angoisse.

En janvier 1961, elle est hospitalisée dans le service du Professeur DEJOURT pour un goître vasculaire, d'apparition récente avec signes cliniques d'hyperthyroïdie. La biologie confirme ce diagnostic. Cholestérol : 1,40 g, I : 8,5 % métabolisme basal : + 40 % ; Fixation d'I 131 = 72 % à la 2^e heure. Epreuve de freination : négative. La chirurgie est proposée pour ce goître basedowifié. La malade la refuse tout d'abord, puis se décide. Elle est opérée de 13 octobre 1962 : thyroïdectomie totale droite et subtotale gauche. Le 8^e jour, elle se plaint de paresthésies qui sont calmées par le calcium.

Elle sort du service de chirurgie le 23 octobre. Le 29, elle est réveillée brutalement par un cauchemar où elle voit du sang. Elle est très gaie, chante, danse, tente de briser les objets. Ses propos sont incohérents : elle est hallucinée : "Je vois un mort, Je vois Maurice Chevalier avec son chapeau". Elle passe sans cesse du rire aux larmes.

C'est dans ces conditions qu'elle est admise à Dupré le même jour. Elle est effectivement dans un état d'excitation psychomotrice considérable : constamment en mouvement; elle chante, twiste et frappe à la porte. L'excitation est également verbale : suites de phrases stéréotypées; fuite des idées, jeux de mots, euphorie. Elle est parfois attentive comme si elle était hallucinée et fait de fausses reconnaissances : elle prend l'un des médecins pour un présentateur de télévision. Elle est confuse et désorientée, mais sait son âge et sa date de naissance.

A l'examen, on retrouve l'obésité et l'exophtalmie. Le signe de Chvostek est à ++++. Le signe de Trousseau est positif en moins d'une minute. L'examen neurologique est normal. La calcémie est de 60 mg.

Un traitement neuroleptique (150 mg de Largactil et 40 gouttes d'Halopéridol) avait calmé un peu la malade qui restait aussi confuse. L'injection de calcium entraîne en quelques secondes la cessation des larmes et une sensation de bien être. Pour la première fois, elle est bien orientée.

Après deux jours de calcium, elle est transformée, alors que les neuroleptiques sont arrêtés : pas de confusion, propos cohérents, amnésie du début de l'hospitalisation.

Elle sort guérie quelques jours après.

Elle sera revue à plusieurs reprises en consultation. Elle reste émotive, mais aucun trouble psychique ne fut noté par la suite.

OBSERVATION N° 5

Monsieur R... Ubaldo, 56 ans, est Italien, mais vit en France depuis 15 ans. En juin 1962, il souffre de céphalées à prédominance frontale. Deux mois après, son caractère se modifie ; il devient triste, insomniaque, anorexique ; il se plaint d'une diminution de la mémoire.

Le 25 novembre s'installe une "dysarthrie". Des idées de suicide apparaissent à ce moment et c'est pourquoi il est adressé au Docteur LAURAS qui constate un petit déficit du membre inférieur droit. Son état dépressif rend dangereux son hospitalisation en service de médecine. A son entrée à Dupré, la symptomatologie s'est enrichie. Il est confus. Le langage est altéré : difficulté de la canalisation, intoxication par le mot, tendance à jargonner. La force musculaire est diminuée au membre inférieur droit. Les réflexes ostéo-tendineux sont exagérés à droite. Il existe un Babinski droit et une hémianopsie latérale homonyme droite relative.

L'électro-encéphalogramme enregistre un gros foyer pariéto-rolandique gauche. Il existe une petite stase au fond d'oeil gauche.

L'artériographie carotidienne gauche permet d'affirmer l'existence d'une lésion expansive temporale gauche non vascularisée.

L'intervention est réalisée par le Professeur HOUDART le 7 décembre 1962. On découvre un gliome temporal gauche qui envahit le cortex temporal antérieur. Une lobectomie est pratiquée, qui respecte T₅.

La suite de l'évolution est assez curieuse à noter, non pas parce qu'est réalisé un tableau d'aphasie de Wernicke tout à fait typique mais parce que les troubles psychiques vont s'inverser. Le comportement devient euphorique, avec loquacité, sensation de bien-être.

Il existe en outre une dyscalculie, une apraxie constructive, une hémianopsie latérale homonyme et des troubles de l'orientation spatiale. Après une régression transitoire incomplète, l'évolution va se faire vers une aggravation qui va être fatale six mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 6

Madame C... Suearne, 54 ans, est examinée par le Docteur LAURAS pour une lassitude avec insomnie, céphalées et crises de larmes durant depuis six mois. Elle se sent "à la charge de ses fils". Un mois avant la consultation elle exprime ses idées de suicide et devient complètement adynamique. La mémoire lui fait défaut et elle devient par moments incontinente.

Lorsque le Docteur LAURAS l'examine, il est frappé par le caractère atypique de la mélancolie et à l'examen, il note des troubles de l'équilibration, une roue dentée à gauche et peut-être un Babinski gauche.

C'est pour cette raison que Madame C... est hospitalisée à Dupré, où, dès l'entrée on remarque une certaine instabilité à la station debout et à la marche, une tendance à la rétropulsion, une bradycinésie avec perte de l'incitation motrice, une augmentation des réflexes de posture, surtout au membre supérieur gauche, avec phénomène de la roue dentée, sans tremblements. Il existe, en outre, une parésie faciale gauche, des réflexes ostéo-tendineux plus vifs à gauche et une ébauche de Babinski gauche. La force musculaire est normale.

Le psychisme est ralenti avec apathie, amnésie de fixation sans désorientation. Le reste de l'examen est normal. Il n'y a pas d'anémie.

Le fond d'oeil est normal. La radiographie du crâne montre un élargissement des sillons vasculaires antérieurs.

A l'électro-encéphalogramme, il existe des signes de souffrance (delta polymorphe permanent mêlé à des pointes ondes lentes) sur tout l'hémisphère droit, prédominant sur les régions frontales et temporales.

Sur ces arguments une artériographie carotidienne droite est demandée à la recherche d'une tumeur frontale : il n'y a pas d'opacification tumorale, mais sur le cliché de face gros refoulement de la cérébrale antérieure à gauche et en bas sur les clichés de profil : écrasement de la cérébrale antérieure de haut en bas.

Le neuro-chirurgien devait en effet trouver et extraire un méningiome parasagittal droit fixé au sinus longitudinal supérieur et à la faux du cerveau.

Les suites furent simples et la malade a guéri complètement. En quelques semaines, en effet, la plupart des troubles cliniques vont disparaître, en particulier les troubles psychiques, les troubles de l'équilibre et les troubles sphinctériens.

Six mois plus tard l'électro-encéphalogramme est redevenu normal.

La malade est revue à la consultation trois ans après l'intervention; elle peut être considérée comme revenue à son état antérieur.

OBSERVATION N° 7

Monsieur D... Gaëtan entre dans le service le 29 janvier 1966 avec la lettre suivante du médecin de la maison de convalescence : "Depuis hier matin, il est en opposition avec le milieu, cherchant à frapper les infirmières voulant lui faire sa toilette, et d'un mutisme absolu alors qu'il était volontiers expansif. Un tel état dépressif nécessite absolument son transfert dans un service psychiatrique spécialisé".

Ce malade avait présenté brutalement en novembre 1964 une hémiplégie gauche sans coma. Une artériographie, faite alors, avait révélé une thrombose sylvienne. Au cours de cette première hospitalisation, une phlébite bilatérale avait obligé à entreprendre un traitement anticoagulant qui a été poursuivi sans cesse, (le taux de prothrombine est de 40 %, cinq jours avant l'éclosion des troubles psychiques). Il avait été envoyé en rééducation à Garches, puis en maison de convalescence.

A son arrivée à Dupré, le malade est muet; enfoui sous ses couvertures, il se force à garder les yeux fermés.

L'examen retrouve les séquelles de l'hémiplégie gauche. La nuque est légèrement raide et douloureuse. On évoque une hémorragie méningée, d'autant plus qu'il était sous anticoagulant. Mais le liquide céphalo-rachidien est normal.

L'électronencéphalogramme montre des signes de souffrance diffus à nette majoration antérieure frontale et à prédominance droite où les anomalies lentes sont plus continues et plus lentes (MASSON).

Pendant deux jours, il ne parle pas, refuse de manger. Le 1er février, il prononce quelques mots, dont la déformation fait évoquer une aphasie. La mère précise l'absence d'aphasie antérieure.

Le nouveau tracé du 2 février ne montre plus que de discrètes perturbations des rythmes cérébraux qui apparaissent dans les régions antérieures. Il est amélioré par rapport au précédent.

Un écho est cependant demandé qui montre un déplacement de 1,5 mm. Le 4 février, la gammagraphie récupère un foyer de radioactivité atteignant 20 % à gauche.

Le malade est alors transféré en milieu neuro-chirurgical. L'artériographie carotidienne gauche objective un déplacement de la cérébrale antérieure. On intervient avec le diagnostic d'hématome intra-cérébral. Elle est opérée par le Docteur LEBESNERAIS (10 février) : énorme foyer de ramollissement cérébral gauche, au sein duquel existe un hématome que l'on évacue.

L'évolution post-opératoire est lentement défavorable. Il persiste des troubles de la conscience considérables et une aphasie massive.

Le malade sombre progressivement dans le coma et meurt le 3 mars.

OBSERVATION N° 8

Monsieur G... André, 48 ans, est hospitalisé en urgence le 4 juin 1962 pour une bouffée confuso-onirique. C'est un malade bien connu du service puisqu'il y est déjà venu trois fois.

• Le 8 juin 1957, pour une pneumonie atypique accompagnée d'un état de predelirium

• En Octobre 1957, de nouveau, pour un predelirium

• En novembre 1961, impotence brutale des membres inférieurs, sans troubles de la sensibilité, sans Babinski et sans modification des réflexes. Deux épisodes identiques sont survenus alors qu'il était en désintoxication à Ville Evrard. La ponction lombaire montre une dissociation albumino-cytologique. Il guérit de ces troubles en 10 jours.

A son entrée, le 4 juin, il est dans un état confuso-délirant, dont il va très rapidement émerger puisque le 6 juin il est calme, parfaitement orienté, mais ne garde aucun souvenir de la "crise" de l'avant veille. L'examen neurologique est normal.

L'électro encéphalogramme montre des perturbations discrètes et diffuses : anomalies lentes paroxystiques bilatérales.

Le 12 juin, son état se modifie dans le sens d'une aggravation. Il se plaint de céphalées. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace. Il a de gros troubles de la mémoire et de l'attention, au point qu'il ne peut lire. Il fabule nettement. Lors de la marche, il dévie légèrement vers la gauche. Le cutané plantaire est indifférent à droite. Il existe une note cérébelleuse avec dysmétrie bilatérale et adiadochocinésie gauche.

Le lendemain l'état de conscience s'est aggravé. Les réflexes ostéo-tendineux sont plus vifs à droite qu'à gauche. Il existe probablement un signe de Babinski bilatéral.

L'électro-encéphalogramme est considérablement aggravé : aplatissement des rythmes en regard de l'hémisphère gauche. Pas d'alpha, mais delta permanent bilatéral prédominant à droite en amplitude.

Une artériographie carotidienne peut être pratiquée en urgence qui montre un hématome sous-dural.

Le malade est opéré le même jour et récupère très rapidement. Aucune notion traumatique n'a été retrouvée.

OBSERVATION N° 9

Monsieur L... Henri, 73 ans, est traité depuis un an par 1 mg de réserpine pour une hypertension à 24/12, découverte l'année précédente. Vers la fin du mois de mai 1961, on le menace de saisie, car il n'a pas payé ses impôts. A partir de ce moment, son comportement et son humeur se modifient : il parle nuit et jour de ses affaires. Il est asthénique, anxieux au sujet de l'avenir de sa famille, s'attache à des préoccupations mineures; il est agité.

A partir du 25 juin, il entre dans un mutisme presque absolu, ne prononçant que quelques mots inintelligibles. Puis il s'alite complètement, refuse de boire et de manger.

C'est dans cet état que le voit le Docteur LAURAS qui le fait admettre à Dupré le 8 juillet. A son arrivée il est mutique et quasi-comateux.

On peut discuter une diminution des réflexes ostéo-tendineux et de la force musculaire à droite ainsi qu'un Babinski droit.

Par contre la phlébite droite est nette. Le coeur est normal, la tension artérielle est de 18/11.

On ne notait pas d'antécédent psychique particulier, sinon qu'il avait abandonné sa femme et sa fille pendant 10 ans pour les retrouver ensuite et qu'il dépensait sans compter.

L'électro-cardiogramme fait le 11 juillet dans le cadre d'un bilan vasculaire systématique, montre un infarctus étendu avec une onde Q de nécrose en D2 - D3 - VF et dans le precordium de V1 à V5 avec surdénivellation nette de ST dans le precordium.

L'infarctus peut être évalué à 15 jours.

L'interrogatoire est repris, mais ne peut mettre en évidence la moindre douleur précordiale.

L'électro-cardiogramme s'améliore d'ailleurs par la suite, sauf pour l'onde Q qui reste inchangée. L'électro-encéphalogramme est subnormal. Le fond d'oeil montre un stade II.

Le malade s'améliore progressivement, mais doit cependant le 10 octobre se rendre dans une maison de retraite en raison de la détérioration artérioscléreuse, qui est rapidement apparue à l'occasion de cet épisode pathologique.

OBSERVATION N° 10

Monsieur C... Paul, 31 ans, est adressé à Dupré pour un delirium tremens. L'interrogatoire de la famille apprend qu'un syndrome infectieux s'est installé brutalement trois jours auparavant avec une température à 40°. Il est traité par son médecin par hexacycline-quinine.

Puis apparaissent une insomnie et une agitation. Il quitte son lit pour aller se coucher dehors. Il est en proie à des hallucinations visuelles et auditives. Ceci motive son hospitalisation.

A son entrée, s'il existe un tableau typique de délirium avec température à 40°, on constate immédiatement une nuque raide, une hyperesthésie diffuse et un Babinski bilatéral. La ponction lombaire est faite immédiatement et ramène un liquide anormal :

- albumine : 2,80 g
- 504 leucocytes dont 90 % de lymphocytes
- pas de germes.

On le traite aussitôt comme une méningite tuberculeuse :

- Rimifon : 900 mg
- Streptomycine : 3 g
- Tifomycine : 3 g
- Pénicilline : 8 millions.

avec réhydratation massive et corticothérapie.

Des B₂K₂ sont rapidement retrouvés. On saura plus tard qu'ils sont résistants au Rimifon, mais non à la Streptomycine.

Aggravation progressive : apparition d'une paralysie du moteur oculaire commun, apparition de troubles neuro-végétatifs avec dyspnée de Cheynes-Stokes, apparition d'un nystagmus, puis de troubles de la déglutition.

Le traitement n'empêchera pas le malade de sombrer dans le coma et de mourir moins de 8 jours après son admission.

OBSERVATION N° 11

Monsieur L... André, 47 ans, est admis d'urgence à Dupré le 4 février 1955, dans un état de délirium tremens grave. La température à 39°, les sueurs abondantes, la langue rotie, le tremblement intense et généralisé, la confusion profonde avec

agitation désordonnée, le délire confuso-onirique avec hallucinations visuelles; tout cela rend peu discutable le diagnostic de délirium tremens chez cet alcoolique notoire.

Il n'y a pas de signe neurologique en foyer. L'examen retrouve un foyer de congestion de la base thoracique droite qui était d'ailleurs connu depuis quelques jours et pour lequel une antibiothérapie avait été prescrite.

Malgré le traitement symptomatique (largactil, phénergan, alcool intraveineux, vitamine B1 réhydratation et antibiothérapie), l'évolution se fait dans le sens d'une aggravation : si le malade est moins agité, c'est qu'il est en train de sombrer dans le coma. L'état général s'aggrave et la fièvre reste élevée. Rapidement, apparaissent une paralysie du III gauche, un Babinski gauche et une légère raideur de la nuque.

La ponction lombaire aussitôt pratiquée retire un liquide xanthochromique avec 1,56 d'albumine, 83 leucocytes (dont 95 % de lymphocytes) et surtout présence de B.K. à l'examen direct.

L'électroencéphalogramme est altéré, comportant des bouffées delta dans l'hémisphère gauche.

Un traitement antituberculeux est immédiatement institué associant de la streptomycine et du Rinifon par voie générale et locale.

Après deux jours d'aggravation, une amélioration spectaculaire se dessine lorsque la corticothérapie est instituée. L'amélioration va alors se poursuivre progressivement; malgré quelques épisodes critiques et le malade pourra quitter le pavillon d'agités quatre semaines après son entrée.

L'évolution ultérieure va être marquée par l'apparition de crises convulsives qui n'empêchent pas cependant l'amélioration de se poursuivre. Le 17 Août 1955, le malade quitte l'hôpital. Il est en excellent état général, a grossi de 18 kg; le liquide céphalo-rachidien est voisin de la normale : albumine : 0,38, 12 éléments.

L'électro-encéphalogramme est dans les limites du normal.

Il est alors suivi en consultation, le traitement étant poursuivi. Mais l'évolution ultérieure va être marquée par une récidive en juillet 1956 où le malade sera

hospitalisé dans un état pseudo-typhique dans un autre service. La ponction lombaire ne fut pas pratiquée immédiatement et lorsque le malade est passé dans le service, il est dans un état alarmant. Le traitement institué d'urgence ne l'empêche pas de mourir en 48 heures.

OBSERVATION N° 12

Monsieur R..., Lucien, 41 ans, est admis d'urgence au pavillon Dupré en juillet 1960 pour une bouffée délirante ayant débuté brutalement trois jours avant. Il est poursuivi dans la rue par des inconnus qu'il entend le menacer. On a tenté de l'em-poisonner.

Dans les antécédents, on ne retrouve aucun épisode analogue. On note qu'à 22 ans pendant la guerre, il a été traumatisé par une bombe qui tue tous ses camarades auprès de lui; lui-même reste pendant 48 heures comme hébété (ou sans connaissance ?). On note également qu'il y a eu une perte de connaissance auparavant, à l'âge de 14 ans. Dans les semaines qui précèdent les troubles actuels, il est réellement surmené par un travail harassant.

A son entrée, il donne l'impression d'être traqué; il se sent poursuivi par un réseau de guerre. Il entend des bruits de guerre. Il a également des hallucinations olfactives. Le délire dure trois jours et cesse brutalement. Il critique alors parfaitement son délire.

L'électro-encéphalogramme décrit quelques éléments irritatifs au niveau des dérivations temporales droites. L'hyperpnée fait apparaître des ondes pointues; réalisant par moments de courtes bouffées de polypointes ayant tendance à se généraliser. Le tracé est très évocateur de comitialité (S. MASSON).

Il lui est prescrit un traitement barbiturique.

Le Rorschach montre des signes d'organicité compatibles avec le diagnostic d'épilepsie.

Depuis, Monsieur L... est suivi à la consultation du service. Il a présenté deux nouvelles bouffées délirantes à début et fin brusques, ayant duré deux à trois jours, sans nécessiter d'hospitalisation.

Un traitement neuroleptique est associé.

L'électro-encéphalogramme va rester longtemps perturbé. Mais depuis mars 1965 sous couvert d'un traitement mixte, aucune manifestation psychique n'est apparue.

Le diagnostic de psychose aiguë épileptique semble pouvoir être valablement retenu ici. L'antécédent de perte de connaissance et de traumatisme crânien, le début brutal et la courte évolution, les signes électriques, la confirmation psychométrique au Rorschach et enfin les récives sur un mode identique, tout cela constitue un faisceau d'arguments qui semble suffisant.

Le diagnostic de P.A.E. est probablement souvent méconnu. G. BOUDIN, A. LAURAS avec S. MASSON, puis TABARY en ont, ces dernières années, rappelé la fréquence et ont tenté d'en établir des critères diagnostiques. Ils l'incriminaient dans 27 cas sur 50 psychoses aiguës apparemment primitives. Le diagnostic est facile si l'épisode psychotique survient au décours d'une crise comitiale; plus rarement, les antécédents comitiaux sont plus lointains? Les signes cliniques, à type de pointes ondes ou de pointes, sont retrouvés dans presque tous les cas, mais il est nécessaire de répéter les tracés presque chaque jour. Sur le plan de la séméiologie psychiatrique, deux notions importantes sont à retenir; le trouble de la conscience et de la mémoire, et d'autre part, le critère évolutif: début brutal, courte durée, n'excédant pas un mois, et tendance à la récive.

Le diagnostic peut être confirmé par les tests psychométriques, en particulier par la recherche des signes organiques et épileptiques de Piotrowsky au Rorschach.

L'intérêt de reconnaître une P.A.E. est double: pronostique et thérapeutique car si le traitement anticomitial ne modifie guère l'évolution de l'épisode psychotique, il prévient sans doute les récives.

OBSERVATION N° 13 :

Monsieur D... Jean, 38 ans, aide-égouttier, est amené en urgence à Dupré le 5 octobre 1962, par un ami de celui-ci en raison d'un mutisme, attribué par cet ami à une vive émotion, survenue les jours précédents: un de ses proches a été fortement brûlé.

A son entrée dans le service, il est effectivement dans un mutisme quasi complet : il prononce quelques mots incompréhensibles, répond parfois par ou ou par non. Il est presque stuporeux, hébété, apragmatique, légèrement anxieux; son faciès est inexpressif. Il pleure par moments.

Mais on se rend rapidement compte qu'il s'agit en fait d'une aphasie, d'autant que les jours suivants, il devient plus bavard. Il conserve certains automatismes verbaux : bonjour; ça va bien. La dénomination est quasi nulle. L'alexie est complète. L'écriture se limite à celle de son nom.

L'examen neurologique trouve une hémiparésie droite avec parésie faciale sans signe de Babinski. Les réflexes rotuliens sont symétriques, les achilléens sont abolis. Le clignement à la menace n'existe pas à droite. Il ne semble pas y avoir de trouble de la sensibilité, ni apraxie, ni d'asomatognosie. Les pupilles réagissent à la lumière.

L'électro-encéphalogramme est altéré : signes importants de souffrance gauche à maxilla temporal.

Une artériographie carotidienne est décidée qui visualise une thrombose de la sylvienne. Mais le liquide céphalo-rachidien est altéré : albumine : 0,32; cellules 35 et 48; B.W. positif; et Nelson : 100 % dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Il est donc traité comme un paralytique général.

Puis, il est adressé en janvier 1963 à Créteil dans le service du Professeur BARBIZET pour une rééducation de la parole.

A sa sortie en octobre 1963, l'amélioration des troubles neurologiques et des troubles de la mémoire est nette. Il n'existe plus de troubles du jugement. Mais, le langage reste perturbé. Le Nelson demeure à 100 % dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION N° 14

Monsieur Co... Jean, 55 ans, ancien polytechnicien, assume d'importantes fonctions à la recherche scientifique. Dans ses antécédents, on note une tuberculose pulmonaire en 1937 avec rechute en 1947 à 1951.

La symptomatologie qui le conduira à Dupré en septembre 1966 consiste en un état dépressif, ayant débuté 10 mois auparavant et qui semble lié à une difficulté familiale; il habite un appartement contigu à celui de sa mère, femme autoritaire et captative. Il hésite à le quitter en raison des conflits entre sa mère et sa femme. Dès ce moment, il est insomniaque, anorexique; éprouve de grandes difficultés à se concentrer, mais continue d'assurer normalement ses fonctions.

Le 8 juillet, alors qu'il conduisait "comme un fou", il a un accident de voiture; sa femme meurt après un mois de coma. Lui, n'a qu'une fracture du pied.

Il se décompense alors sur le mode de mélancolie stuporeuse : "je suis contagieux et maudit". Il va dormir sur le paillason.

Le Docteur LAURAS le voit un mois après; il est frappé par le caractère un peu atypique de la dépression en raison d'une note confusionnelle, et retrouve un signe de Barré à gauche. Pour cette raison, électro-encéphalogramme, radiographies du crâne, échogamma et fond d'oeil sont demandés, qui sont normaux et permettent d'éliminer un hématome.

Un traitement antidépresseur amène d'ailleurs une amélioration. Mais à ce moment, on découvre des images pulmonaires qui posent le problème d'une rechute de la tuberculose jusqu'à ce que le B.W. revienne fortement positif.

Une ponction lombaire est alors pratiquée qui permettra d'affirmer la paralysie générale avec Nelson à 100 % dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Une encéphalographie gazeuse montre une dilatation ventriculaire indiscutable.

Les tests (Perse) montrent un niveau vocabulaire de 132 avec un Q.I. de 117 pour le facteur G = nombreux signes déficitaires probablement organiques.

Durant toutes ces explorations, la symptomatologie s'est modifiée dans le sens d'un syndrome délirant : il dit posséder un moyen d'arrêter la guerre au Vietnam. Réticence.

Un traitement par la pénicilline permet une amélioration nette des éléments délirants et dépressifs et une disparition des images pulmonaires, qui peuvent être considérées comme celles d'une gomme syphilitique.

OBSERVATION N° 15

Monsieur C... Richard, 78 ans, est admis d'urgence le 14 février 1961 pour un état d'agitation et de confusion, apparu le jour même. Depuis quatre jours, son médecin le traitait pour une bronchite aiguë : température à 38°, toux et expectoration. Le 12 février, il commence un délire hallucinatoire : il voit et caresse son chien, mort depuis longtemps, ses propos sont incohérents. Dans la nuit du 13 au 14, l'agitation s'exagère et le malade est hospitalisé.

Lorsqu'il est examiné pour la première fois dans le service, on est en présence d'un malade très confus, désorienté, agité et tremblant. Sa température est à 39° le pouls bat à 88, la tension artérielle est à 21/9.

L'examen pulmonaire est normal, à l'examen neurologique, on remarque, outre le tremblement, un certain degré d'adiadococcinésie et de dysarthrie. Ce pourrait être un delirium tremens, mais l'éthylisme semble absent. On évoque le diagnostic d'épisode de d'agitation chez un artérioscléreux.

Le lendemain, l'agitation reste importante. La confusion confine au coma vigile. La déshydratation est considérable. La tension artérielle est de 13/8. A l'examen on retrouve cette fois une raideur de la nuque et un Babinski bilatéral.

Le liquide céphalo-rachidien est normal : 0,2 lymphocytes et 0,25 g d'albumine.

Numération formule sanguine : 4 140 000 globules rouges et 8 700 globules blancs.

Vitesse de sédimentation : 98, 122, 135.

Une réhydratation massive et contrôlée est alors entreprise, associée à une antibiothérapie à large spectre. Les bilans hydro-électrolytiques sanguins et urinaires sont réalisés chaque jour.

Le 17 février, reprise relative de la consistance. Le Babinski bilatéral est encore noté. Le reste de l'examen est normal.

A l'électroencéphalogramme : tracé altéré de façon diffuse ; fréquences delta intermittentes.

L'amélioration va continuer de se poursuivre. Le 23 février, la conscience est normale, mais l'électro-encéphalogramme reste perturbé. Un examen neurologique plus précis est possible : il retrouve une dysmétrie légère, une adiadococcinésie discrète, une hypertonie modérée contrastant avec une hyperlaxité ligamentaire.

Le diagnostic d'encéphalite grippale semble pouvoir être retenu, en raison de l'atteinte neurologique diffuse, du syndrome infectieux, de l'évolution régressive. La réaction de Hirst va d'ailleurs être positive pour l'antigène A2 souche asiatique 1957, et cela à deux prélèvements successifs.

Si les troubles psychiques ont été ici révélateurs d'une encéphalite probablement grippale, l'intérêt de ce cas réside surtout dans l'importance de la réanimation médicale qui a été salvatrice.

OBSERVATION N° 16

Mme P... Joséphine, 56 ans, est adressée le 21 juin 1963 au pavillon Dupré pour asthénie et syndrome dépressif. Elle se dit "nerveuse et d'une sensibilité excessive" depuis toujours. Son premier mari est décédé un an auparavant et elle s'est remariée en janvier 1963. Ses troubles ont débuté à peu près à ce moment. La malade les attribue à la perte de son premier mari, mais aussi à des difficultés familiales : cohabitation avec un neveu exigeant, ce qui occasionne de fréquentes discussions et contrariétés.

Depuis ce moment, elle éclate en sanglots pour un rien et perçoit des palpitations et de vives angoisses. Elle se sent très nerveuse et asthénique. Elle est hospitalisée au début de ses troubles dans un service de gastro-entérologie en raison de douleurs épigastriques et d'un amaigrissement de 17 kg. Le bilan digestif se révèle négatif.

Après une amélioration transitoire de l'état général, consécutive à cette hospitalisation, les troubles nerveux reprennent. Le 16 juin, à la suite d'une discussion familiale violente, elle tente de se défenestrer.

A son arrivée à Dupré, on est en présence d'une malade très anxieuse, un peu agitée, lorrhéique, en proie à de nombreux malaises et crises de larmes.

A l'examen on est frappé par un éclat du regard, une tachycardie régulière à 100, et l'amaigrissement considérable. On retrouve un petit goître irrégulier. L'examen neurologique est normal. Le métabolisme de base est de + 57 % après cinq jours de préparation à l'eunocet.

Mais le malade sort sur sa demande avant que les épreuves biologiques aient pu confirmer l'hyperthyroïdie.

OBSERVATION N° 17

Monsieur C... Sauveur, a été opéré à 12 ans pour une tétralogie de Fallot (1948) : anastomose de Blalock qui l'a très nettement amélioré sur le plan cardiovasculaire.

En avril 1961, il est de nouveau hospitalisé en service cardiologique pour asthénie, dyspnée d'effort et cyanose, apparues depuis quelques mois. Mais, parallèlement, se sont installés une hémicranie droite et des troubles psychiques à type d'épisodes dépressifs. On constate alors une polyglobulie à 8 250 000 hématies, qui est considérée comme liée en shunt.

Au début de son hospitalisation, les troubles psychiques sont importants il est poursuivi par une femme maure qui l'insulte dans la rue et lui veut du mal; elle est au courant de tout ce qu'il fait, il l'accuse d'avoir mis du sel sous sa porte ainsi que du poisson pourri.

Ce délire de persécution s'aggrave malgré la prescription de 100 mg de Nozinan et de 400 mg de Largactil. Le malade est adressé à Dupré le 8 juin 1961 à la suite d'une crise d'agitation au cours de laquelle il a mordu des infirmières et l'assistant.

A l'entrée dans le service, la conviction demeure absolue, quant au délire interprétatif. Il a une amnésie de l'épisode d'agitation.

L'examen neurologique est normal en dehors d'un signe de Babinski gauche et de réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés, mais symétriques. L'électro-encéphalogramme est normal.

A la numération, on trouve encore 7 230 000 globules rouges et 8 100 globules blancs. L'hématocrite est à 70 %. L'hémoglobine est à 135 %.

Le rôle de la polyglobulie est envisagé.

On constate que le volume plasmatique est normal alors que le volume globulaire est presque triplé ($3,55 \text{ O C}_3$). La désaturation oxyhémoglobinée est faible. On ne peut expliquer cette polyglobulie par la simple présence du shunt qui est d'ailleurs modéré, de l'ordre de 10 % (Professeur ANDRE).

Le traitement de la polyglobulie est entrepris : saignées de 300 cc tous les deux jours, à l'exclusion de tout neuroleptique.

Dès la quatrième saignée, il n'y a plus aucun trouble psychique. Le Babinski n'est plus retrouvé. Les globules rouges baissent progressivement : 6 300 000 un mois après, avec hémoglobine à 102 %.

OBSERVATION N° 18 (observation déjà publiée - Rev. Neurol)

Monsieur CH... 56 ans, est porteur d'une hémochromatose, qui a été affirmée par deux biopsies hépatiques en 1959 et 1960.

L'élément familial est certain, puisque la maladie a touché le grand père maternel, le frère et le fils du malade. Sa sidérémie n'a jamais été inférieure à 250 . Il n'y a pas d'hypertension portale et le syndrome endocrinien se résume à une insuffisance androgène modérée et à une discrète atteinte thyroïdienne.

Le malade entre le 21 avril 1960 dans le service du professeur CATTAN, mais il est retrouvé errant, confus, désorienté et délirant dans les cours de l'hôpital. Il est alors admis au pavillon Dupré. On est en face d'un malade extrêmement anxieux, qui refuse les examens et les soins. Il reste subconfus. L'interrogatoire de l'entourage apprend d'ailleurs que cet état psychique ne s'est pas installé brutalement, mais que depuis quelques semaines il était devenu anxieux, irritable, triste, ébauchant des idées délirantes interprétatives.

A dupré, tandis que l'anxiété s'apaisait, il apparaît un syndrome neurologique qui se précise rapidement et qui est fait d'une dysarthrie,

d'une raideur plastique,

et d'une paralysie de l'élévation du regard et de la convergence.

Puis, on retrouve des réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés et un signe de Babinski droit.

L'évolution a été lentement favorable; les troubles psychiques se sont fortement atténués en une dizaine de jours, tandis que le syndrome neurologique persistait plusieurs semaines. Deux crises convulsives généralisées ont d'ailleurs émaillé cette évolution.

Durant cette hospitalisation, divers bilans ont été réalisés pour tenter de préciser la pathogénie du trouble : plusieurs électro-encéphalogrammes, ponction lombaire, dosages de l'armonémie, bilans hépatiques, bilans général et endocrinien de l'hémochromatose; radio de l'oesophage, spléno-portographie.

OBSERVATION N° 19 (observation déjà publiée)

Monsieur K..., sujet malien de 39 ans, est admis d'urgence le 8 février 1963 pour un coma fébrile, d'apparition brutale. Depuis une semaine, il se sentait malaisé, mais n'avait pas consulté; la veille au soir, il est pris de vomissements et le 8 février il devient brusquement comateux avec une agitation telle que son passage au pavillon Dupré est indispensable.

A son entrée, le coma est profond, entrecoupé de crises convulsives subintrantes réalisant un état de mal particulièrement sévère. Un nystagmus spontané horizontal survient lors d'une crise et à deux reprises la manœuvre de Magnus et Klein est positive. La température est à 38°; la tension artérielle est à 12/7,5; l'état général est grave avec encombrement pulmonaire. L'existence d'un discret signe de Koenig et d'une nuque un peu raide conduit à la ponction lombaire; celle-ci ramène un liquide sanglant et trouble, contenant 2,25 g d'albumine et 17 500 leucocytes qui sont surtout des polynucléaires; surtout, on y trouve de nombreux germes bacilles gram négatif qui seront identifiés comme des bactériidies charbonneuses. Celles-ci sont également retrouvées à l'hémoculture.

Malgré le traitement d'urgence comprenant bromure, chloral, pénicilline, transeycline, hénosuccinate d'hydrocortisone intraveineux et streptomycine intrarachidienne, l'état s'aggrave rapidement et le malade meurt dans les 24 premières heures au cours d'une tentative de trachéotomie.

OBSERVATION N° 20

Monsieur F... Daniel, 39 ans, débute le 16 janvier un état fébrile accompagné de céphalées. Il rentre à Paris et la température continue de monter pour atteindre 41 le 23 janvier. Il est hospitalisé à l'Institut Pasteur où le diagnostic de typhoïde est affirmé.

A ce moment il est logorrhéique et subexcité et se sent envahi d'une joie sans limite. Un traitement par la tifonycline est entrepris à la dose de 3 g par jour.

Le jour même il entre dans une crise d'agitation très violente au cours de laquelle il donne un coup de pied à une infirmière puis exprime ses idées de suicide et pour cela tente de se faire une fracture du crâne : il parvient à se provoquer une plaie frontale.

Il est alors mis en camisole de force et est dirigé à l'hôpital Sainte-Anne, où il ne reste que quelques heures. Sa famille intervient pour le faire admettre à la clinique de Rueil où le Docteur LAURAS l'examine. L'examen neurologique est normal. Le malade est dans un état de grande agitation anxieuse. Mais la typhoïde reste au premier plan et il est jugé préférable qu'il soit hospitalisé à Claude BERNARD dans le service du Professeur BASTIN, en chambre particulière.

Le traitement antibiotique est réajusté, mais les troubles psychiques rendent son maintien dans le service impossible en raison de l'agitation et de l'extrême anxiété.

Il n'y a donc pas d'autres solutions que de le surveiller en milieu à la fois médical et psychiatrique, c'est-à-dire au Pavillon Dupré où il arrive le 1er février.

Il est encore fébrile à 38°4. La diarrhée n'est pas terminée. Le traitement médical est poursuivi, associé au traitement neuroleptique (Halopéridol : 60 gouttes; Largactil : 50 mg; Valium : 3 mg/jour). La personnalité antérieure du malade, dominée

par une immaturité affective et un comportement de déséquilibre, s'est trouvée décompensée par la toxine. Il est évident dans ce cas que la nécessité de traitement organique et psychiatrique associés n'a pu se réaliser qu'en Pavillon d'agités, malgré les essais antérieurs en quatre milieux médicaux.

Il a été net également que le même traitement chiniothérapique, qui n'était pas capable de contrôler l'anxiété et l'agitation en milieu médical simple, s'est trouvé suffisant en milieu psychiatrique.

Le malade est sorti 12 jours plus tard.

Les observations 1 à 16 montrent que certains malades, qui sont adressés au pavillon d'agités pour un syndrome psychiatrique, sont porteurs d'une affection générale ou neurologique responsable du tableau clinique. Les conditions d'examen clinique et la possibilité de recourir facilement à divers examens complémentaires spécialisés, ont permis de reconnaître la lésion organique jusqu'alors insoupçonnée, et dans la plupart des cas de recourir rapidement au traitement étiologique.

Dans les autres observations (17 à 20) la maladie organique était connue ou soupçonnée mais l'importance des manifestations psychiatriques rendait indispensable le maintien du malade en milieu psychiatrique, alors que la gravité de la maladie générale imposait que l'hospitalisation se poursuive dans un service de médecine. Dans ces derniers cas, la seule solution possible étant le pavillon psychiatrique de l'hôpital général, dont nous allons maintenant tenter de définir le rôle et préciser le bilan d'activité.

TROUBLES PSYCHIQUES ET ORGANICITE

On sait que la notion d'organicité en psychiatrie s'est développée à partir de la thèse de Bayle sur la paralysie générale, puis des travaux de Chaslin et de Régis sur la confusion et l'onirisme. L'apparition des séquelles psychiatriques de l'encéphalite épidémique a permis de rattacher toutes sortes de syndromes psychiatriques à des lésions cérébrales.

Alors que durant le 19^e siècle, la tendance commune était de rechercher une étiologie organique à toutes les maladies mentales, un mouvement d'opinion inverse s'est développé avec la psychanalyse.

Ces deux tendances existent encore de nos jours, et chaque médecin sera plus ou moins porté, selon sa personnalité et sa formation, à rechercher une maladie organique derrière un trouble psychique.

Si la pathologie somatique ne peut plus prétendre être responsable de toute la pathologie mentale, elle est cependant capable de réaliser tous les syndromes psychiatriques.

Sans insister sur la pathogénie de la "psychiatrie neurologique", rappelons que les mécanismes sont multiples :

- Souffrance de la cellule cérébrale :

- soit par oedème cérébral réalisant surtout des états confusionnels
- soit par hypoxie;
- soit par trouble métabolique (hypoglycémie - désordres électrolytiques,) etc...
- soit par un processus toxique ou toxi-infectieux.

10 - Démences séniles et préséniles	9 991	8,7
11 - Troubles sympt. d'affections organiques	1 745	1,5
12 - Névroses. Psychosomatiques	2 852	2,5
13 - Déséquilibre	5 517	4,8
14 - Arriération - Oligophrénie	20 625	18
15 - Non classables	908	0,8
TOTAL.....	114 408	100 %

Il est nécessaire d'envisager la composition des établissements psychiatriques en fonction du nombre d'entrées dans une année, ce qui donne pour l'année 1963 :

I -	18 201	18,8 %
2 - -	2 014	2,1 %
3 -	5 041	5,2
4 -	9 448	9,8
5 -	5 663	5,9
6 - 7	21 898	22,7
8 -	262	0,3
9 -	2 552	2,6
10 -	8 528	8,8
11 -	1 902	2
12 -	3 104	3,4
13 -	5 948	6,2
14 -	5 083	5,3
15 -	1 812	1,9
	96 456	100

Le pourcentage des psychoses organiques, si l'on tient compte des oligophréniques et arriérés, s'établit à 42 % pour les malades présents et à 41,7 % pour les entrants au cours d'une année.

Ces chiffres montrent l'importance relative de l'organicité en psychiatrie. Si l'on ne tient compte, parmi ces malades, que de ceux pour lesquels un traitement médical étiologique est nécessaire, c'est-à-dire si l'on exclut de ce chiffre les

démenses séniles et les oligophrènes, on obtient pour les malades présents le 31 décembre 1963, le chiffre de 17 635 soit 15,4 %
et pour les malades entrants : 26 614, soit 27,6 %.

Ces chiffres seront à comparer avec les statistiques équivalentes des pavillons psychiatriques des hôpitaux généraux.

Si les travaux concernant l'ensemble de la pathologie somatique en psychiatrie sont assez peu nombreux, beaucoup de publications sont en revanche consacrées au problème des tumeurs cérébrales.

Les autopsies systématiques pratiquées en milieu psychiatrique permettent de mesurer facilement l'incidence des tumeurs cérébrales. Les résultats sont extrêmement variables d'un auteur à l'autre et nous nous référerons essentiellement à l'importante revue faite en 1956 par R. PATTON et J. SHEPPARD.

L'incidence des tumeurs intra-crâniennes chez les malades mentaux est évaluée à :

1,7 %	par BLACKBURN	sur 1 642 malades
4,6 %	par BRAATELEIN	sur 1.168 malades
13,5 %	par LARSON	sur 223 malades

Additionnant plusieurs importantes statistiques, PATTON et SHEPPARD dénombrent 278 tumeurs sur 7519 malades, soit 3,7 %.

Si l'on compare ces chiffres à ceux relevés chez les malades non mentaux on trouve :

1,7 %	sur 10 592 malades	pour PEERS
6,8 %	sur 3 901 malades	pour EARLE
2,35 %	sur 77 258 malades (somme de plusieurs travaux).	

La différence entre 3,7 et 2,35 est significative, mais il faut tenir compte d'une cause d'erreur : les autopsies systématiques examinent le cerveau chez les malades psychiatriques, ce qui n'est pas forcément le cas chez les non-mentaux, sauf si l'on soupçonne une tumeur cérébrale.

Cette différence est encore plus significative si l'on compare l'incidence des tumeurs bénignes et, en particulier des méningiomes découverts à l'autopsie des malades mentaux et de ceux qui ne le sont pas. PATTON et SHEPPARD additionnant six importantes statistiques trouvent 33,2 % de méningiomes (sur l'ensemble des tumeurs cérébrales découvertes) alors qu'ils n'en trouvent que 13,6 % en additionnant les statistiques faites en dehors des milieux psychiatriques. Il y aurait donc approximativement quatre fois plus de malades porteurs d'un méningiome (à l'autopsie) chez les malades psychiatriques que chez les autres malades non psychiatriques.

Reprenant ce problème particulier des tumeurs opérables et non soupçonnées avant la mort, M. KLOTZ conclut que le nombre de malades mentaux qui meurent d'une tumeur bénigne est infime, de l'ordre de 1 ‰. Ce chiffre équivaut à une centaine de malades pour une année en France.

DIAGNOSTIC DE L'ORGANICITE :

En dehors des cas où la symptomatologie se développe au cours d'une affection organique connue et responsable, le diagnostic est souvent difficile. C'est pourquoi il est indispensable que tout malade psychiatrique, tout au moins au début de ses troubles, soit examiné par un médecin disposant de techniques médicales lui permettant d'utiliser les explorations complémentaires nécessaires au diagnostic.

- 1) Sur le plan de la séméiologie psychiatrique, il est classique d'opposer
 - les psychoses fonctionnelles où les symptômes ne sont qu'un développement ou une exagération des traits de la personnalité antérieure.
 - aux psychoses organiques, où il y a formation d'une fêlure, et qui réalisent un processus; la symptomatologie devient incompréhensible.

Cette distinction n'est qu'un schéma commode. En effet, les psychoses organiques comportent des symptômes dits primitifs liés au facteur exogène, et des symptômes secondaires, libérés ou réactionnels, qui sont interprétables en fonction de la personnalité antérieure du malade.

Certains tableaux psychiatriques sont particulièrement évocateurs d'une étiologie organique et nous n'y insisterons pas ;

Avant tout, les états confusionnels pour lesquels le diagnostic de confusionnels ne pourra être qu'une élimination. En particulier, les troubles de la conscience, de la vigilance, de l'attention, du cours de la pensée, la désorientation, la perplexité et les troubles de la mémoire doivent être considérés comme suspects d'une étiologie organique, même s'ils existent isolément.

Un travail récent de RIGOTTI et Coll. est consacré aux conditions étiologiques retrouvées dans 74 cas de confusion mentale. De ces cas sont exclus ceux où la confusion n'est qu'un épiphénomène au cours d'une maladie cérébrale ou générale. Parmi ces 74 cas, ils ont pu identifier une affection organique responsable dans 55 cas, qui sont répartis comme suit :

- 29 maladies toxi-infectieuses (11 salmonelloses - 1 brucellose - une angine folliculaire, un abcès pulmonaire, 10 infections d'allure grippale et 5 cas consécutifs à une affection d'allure toxi-infectieuse;

- 9 psychoses puerpérales;

- 17 cas consécutifs à des traumatismes crâniens ou non.

- L'activité onirique et les hallucinations en particulier visuelles et olfactives feront également rechercher de parti pris une affection cérébrale;

- Les états dépressifs sont assez souvent symptomatiques. On se méfiera tout particulièrement s'il existe des symptômes somatiques qu'il ne faut pas trop facilement considérer comme hypochondriaques. De même, toute dépression atypique; fait rechercher une maladie somatique.

En fait, toutes les psychoses aiguës ou chroniques peuvent être symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale et ce n'est parfois qu'à la condition d'être curieux et ouvert à la médecine somatique que l'on saura reconnaître la lésion responsable que rien ne laissait prévoir. Le pourcentage des étiologies organiques varie d'un médecin à l'autre, car on ne trouve que ce que l'on cherche.

2) L'examen clinique somatique systématique est souvent le seul moyen de se mettre sur la piste d'une maladie organique jusqu'alors latente : la découverte d'un signe de Babinski qui permet de découvrir la lésion cérébrale, le signe d'Argyll-Robertson qui révèle la paralysie générale, etc...

3) Les examens complémentaires, en particulier la glycémie, l'électro-encéphalogramme et les tests psychométriques. L'électro-encéphalogramme est un excellent examen de débrouillage qui permet bien souvent d'orienter le diagnostic. L'électro-encéphalogramme systématique peut être une fausse sécurité s'il dispense d'un examen neurologique, car il peut être normal dans nombre d'affections intra-crâniennes. On sait en particulier que 20 % des épileptiques ont un EEG normal. Les tests psychométriques peuvent être intéressants. Il n'est pas possible de les faire systématiquement et l'on évite habituellement de les faire au décours immédiat des états confusionnels. Ils peuvent être intéressants, en particulier pour aider au diagnostic d'épilepsie. Leur intérêt ne saurait être conçu que pour compléter et confirmer la clinique.

C'est, en effet, sur une conjonction des renseignements cliniques et des examens complémentaires que le diagnostic se précisera.

Notons à ce sujet un travail récent américain portant sur 100 malades admis pour des troubles psychiatriques aigus et examinés indépendamment sur le plan clinique électrique et psychométrique (SMALL).

Le diagnostic final est établi par des études longitudinales :

- 60 % malades : n'ont pas de désordre organique cérébral;
- 20 % " : ont des désordres organiques cérébraux chroniques;
- 10 % " : ont des désordres organiques cérébraux aigus (le plus souvent alcooliques)
- 7 % " : ont des troubles mentaux fonctionnels associés à une maladie organique du système nerveux central.
- 3 % " : sont inclassables.

• Lorsque l'examen clinique initial ne révélait pas de dysfonctionnement organique, c'était vrai à de rares exceptions près.

• Lorsque, cliniquement, on notait des troubles de la mémoire ou une labilité de l'humeur, le plus souvent une affection organique était en cause.

• Les troubles du jugement, du fonctionnement intellectuel et les états confusionnels sont rencontrés à la fois dans les états organiques et fonctionnels.

• Les anomalies électriques sont présentes chez 60 % des organiques. Lorsque chez ces derniers, l'électro-encéphalogramme est normal, il s'agit en principe de lésions cérébrales chroniques alcooliques ou d'une intoxication par amphétamine.

• 40 % des patients sans diagnostic organique ont cependant des anomalies électriques.

• Les tests agrément le diagnostic final dans les deux tiers des cas. Les erreurs surviennent en cas de schizophrénie et d'alcoolisme.

Les conclusions des auteurs sont les suivantes :

→ Si à l'admission, l'examen ne révèle aucun signe organique, il y a toute chance pour que ce soit une maladie mentale fonctionnelle;

→ Si l'examen clinique évoque l'organicité, mais si l'électroencéphalogramme est normal, les tests non organiques et qu'il n'y a pas d'antécédent d'intoxication il s'agit aussi probablement d'une maladie fonctionnelle;

→ Dans les autres éventualités, l'organicité est probable.

Tous ces faits ont été rappelés pour montrer que les problèmes de médecine générale et spécialisée en psychiatrie sont loin d'être rares. Il paraît indispensable que la psychiatrie devienne une branche de la médecine comme les autres, et que cesse cette séparation, nuisible à tous.

LES PAVILLONS DITS D'AGITES

Nous allons présenter l'expérience de l'activité au pavillon Dupré de l'hôpital Saint-Antoine à PARIS (Pr BOUDIN, A. LAURAS).

Ce pavillon comporte 19 lits pour une population hospitalière de 1200 lits et une population générale de 500 000 personnes environ. Il est rattaché au service du Professeur BOUDIN, service à orientation nettement neurologique. Cette situation permet de pouvoir disposer rapidement d'examens complémentaires spécialisés : électro-encéphalogramme, artériographie, gamma-encéphalogramme, etc...

Nous allons comparer le bilan d'activité des années 1961 (Pr BOUDIN, A. LAURAS P. CATTAN, P.M. 1963) et 1965 (A. LAURAS non publié).

1°) Mouvements :

1961	534 entrées
1965	646 entrées
1966	723 entrées

Donc progression constante.

Etant donné la réduction du nombre de lits de 20 à 19 en 1962, la durée moyenne de séjour est :

de 13,8 jours	en 1961
10,7 jours	en 1965
9,6 jours	en 1966.

Un quart des malades ne reste que trois jours ou moins. Plus de la moitié demeurent 8 jours ou moins.

Il reste donc un certain nombre de patients dont le séjour se prolonge au-delà de 8 jours, contrairement à ce que souhaite l'administration.

Cela est lié à deux ordres de raisons :

- certains malades doivent demeurer au pavillon tant que les examens complémentaires désirables ne sont pas effectués ou tant qu'une maladie organique associée nécessite des soins médicaux;

- dans un très grand nombre de cas les malades attendent au Pavillon Dupré qu'une place puisse leur être trouvée dans un service libre ou en clinique psychiatrique.

2°) L'âge est intéressant à considérer

- au-dessous de 15 ans	0 %
- au-dessous de 20 ans	6,5 %
- de 20 à 30 ans	23,4 %
- de 30 à 50 ans	38,7 %
- de 50 à 65 ans	22,1 %
- au-dessus de 65 ans	9,1 %

La proportion des vieillards est très inférieure à la moyenne des autres services d'un hôpital général et d'un hôpital psychiatrique; c'est dire que les maladies psychiatriques aiguës touchent surtout des malades en pleine activité sociale et professionnelle : plus des 2 tiers des malades ont moins de 50 ans.

3°) Recrutement des malades (Tableau n° 1)

Il est intéressant de constater l'augmentation du nombre de malades venant de la consultation neuro-psychiatrique du service du Professeur BOUDIN; Ceci permet de mieux choisir ceux, parmi les malades venant des autres services, ayant le plus besoin d'une hospitalisation en milieu spécialisé.

4°) Destination des malades (tableau n° 2)

Plusieurs remarques sont à faire. Tout d'abord la grande fréquence de sorties simples; pour tous ces malades une hospitalisation de quelques jours au pavillon

Dupré a permis de régler la bouffée d'agitation ou d'exctiation, et d'éviter ainsi l'internement qui aurait été indispensable en son absence.

Parmi les nombreux malades qui sont transférés dans les autres services de l'hôpital la majorité y va attendre une place dans un service psychiatrique libre. Un certain nombre d'entre eux a d'ailleurs dû retourner au pavillon Dupré, en raison d'une reprise des troubles. On peut estimer que plus du tiers des malades vont gagner un service psychiatrique libre.

Les certificats d'internement constituent une minorité.

Enfin, il faut préciser que, parmi les malades qui vont aller en service libre, la plupart se rendent en cliniques privées.

5°) Diagnostic symptomatique --(tableau III)

Il faut noter la diminution de fréquence des agitations délirantes aiguës qui tient, surtout, à une diminution des déliriums.

6°) Diagnostic étiologique (tableaux IV et V)

Il nous retiendra davantage. On voit que la proportion de malades où la participation organique est prépondérante est très importante. La diminution de 1961 à 1966 tient surtout à celle des alcooliques et en particulier des déliriums. Ces derniers, en effet, sont actuellement souvent traités préventivement dans les services de médecine générale. On note la relative fréquence des agitations chez les épileptiques et en particulier les psychoses aiguës épileptiques.

On remarque enfin, et cela nous semble très important, que plus de 10 % de troubles psychiques aigus sont liés à des maladies neurologiques ou générales alors que pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques cette incidence n'est que de 2 %.

Pour tenter d'apprécier autrement l'importance des problèmes organiques parmi tous les entrants de Dupré, nous avons établi la fréquence de demande des examens complémentaires. Les chiffres suivants représentent (pour le premier semestre 1966)

Le pourcentage de malades ayant bénéficié de ces divers examens. Il faut noter que pour plusieurs malades, ces examens ont dû être répétés.

E.E.G.	55 %
Examens biologiques spécialisés (1)	16 %
Echoencéphalogramme	6,5 %
Gammagraphie	5,2 %
Ponction lombaire	5,5 %
Radios digestives U.I.V. etc	3,5 %
Artériographies cérébrales	2,5 %
Consultations spécialisées	
ORL	2,8 %
Ophtalmo	1,5 %
Stomato	1,2 %
Dermato	0,6 %
Chirurgie	0,3 %
Encéphalo gazeuse	0,8 %
Ponctions pleurale ou sternale	1,1 %
Examens bactério ou virol. spéc.	1,1 %
Tests psycho-métriques	15 %

Nous allons comparer le bilan d'activité du pavillon Dupré à celui d'autres pavillons d'agités parisiens, tel qu'il ressort des publications de BENOIT et TINEL (1955), de UHRY et CIRILLI (1956) et de BONNET de PAILLERETS (1961).

1°) Le C.P.U. de Laënnec : il comporte 11 lits. Il est immédiatement rattaché au service du Docteur BENOIT. En 1954 343 malades, y ont été hospitalisés (196 hommes et 147 femmes) ce qui représente une moyenne d'hospitalisation de 9 jours. Dans un tiers des cas la durée du séjour est inférieure à 4 jours. Parmi 321 dossiers utilisables, on note :

(1) sont exclus les examens biologiques, systématiques ou non, tels que : urée, glycémie NFS, VS, BW, cholestérol, ionogramme, F.O. etc...

- 99 alcooliques
- 29 comitiaux dont 10 psychoses
- 42 psychoses fonctionnelles
- 49 tentatives de suicide.
- 20 démences séniles et syphilitiques
- 36 affections organiques responsables.

2°) Le C.P.U. de la Pitié (URHY, CIRILLI) : il ne comportait que 10 boxes lors de la publication de 1956. Le bilan portait sur 28 mois avec 900 observations. Le séjour moyen est de 9 jours. La classification nosologique est ainsi établie :

- 55 sans diagnostic précis
- 356 alcooliques dont 57 ivresses pathologiques et 250 délires confuso-oniriques
- 80 dépressions et tentatives de suicide
- 52 démences séniles
- 128 psychoses fonctionnelles
- 31 épileptiques
- 99 maladies organiques responsables.

3°) Le C.P.U. de Cochin (BONNET, de PAILLERETS) : l'enquête est modeste dans son étendue. Elle est présentée comparativement à celle menée dans le service de médecine du Professeur JUSTIN BESANCON.

Sur 55 malades admis du 1er décembre 1958 au 1er mars 1959, il y avait :

- 6 tentatives de suicide
- 17 psychoses fonctionnelles
- 7 démences séniles
- 3 dépressions simples
- 3 déséquilibres
- 14 alcooliques
- 5 erreurs de diagnostic

Parmi ces derniers, il est intéressant de noter la découverte au C.P.U. d'une paralysie générale; d'un hématome extra-dural, d'une hémorragie méningée et d'un adénome prostatique.

Nous avons, sur le tableau VI, additionné les diverses statistiques publiées sur l'activité des C.P.U. auxquelles nous avons ajouté celles du pavillon Dupré pour l'année 1965. On peut les comparer sur ce tableau à celles de l'ensemble des établissements psychiatriques français. On y voit en particulier que la proportion de maladies psychiatriques chez lesquels une affection organique responsable a pu être affirmée est de :

- 58,5 % pour l'ensemble des C.P.U.
et de 41,7 % pour les établissements psychiatriques.

Parmi ces cas d'origine organique, certains ne peuvent espérer aucune amélioration de la thérapeutique, et, en particulier, d'une thérapeutique médicale étiologique. C'est le cas des déments et des oligophrènes.

Si on retire ces malades de ceux rentrant dans le cadre des organiques, c'est-à-dire si l'on ne tient compte que des malades psychiatriques, pour lesquels une étiologie organique plus ou moins curable a été retrouvée :

- les pourcentages deviennent les suivants :

- 52,2 %	pour les C.P.U.
- 15,4 %	pour les hôpitaux psychiatriques.

Ces deux chiffres montrent l'existence d'une catégorie spécifique de malades psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Ceci ne veut d'ailleurs pas dire que l'on n'y fait que de la psychiatrie organique. Le tableau V montre, en effet, que toutes les catégories de malades y sont rencontrées.

CE QUE SONT LES PAVILLONS DITS D'AGITES

Les pavillons dits d'agités ont été institués dans les hôpitaux parisiens il y a une quarantaine d'années. Le Professeur BOUDIN et A. LAURAS ont proposé de modifier leur dénomination actuelle qui correspond à une conception périmée et de les appeler Centres Psychiatriques de diagnostic, et de soins d'urgence (C.P.U.).

Dans l'esprit de l'administration hospitalière, leur but était et demeure essentiellement d'isoler les malades dangereux pour les autres à l'intérieur d'un hôpital. Ce ne doit pas être un centre de soins, car il est nécessaire que les agités y séjournent le moins possible, de manière à libérer la place au plus vite.

Leur statut est empirique. Ce sont des services ouverts dont le recrutement se fait comme pour un service fermé, c'est-à-dire sans le consentement des malades. Un simple certificat d'un interne en médecine est suffisant, sans qu'il soit nécessaire, comme pour le certificat d'internement, de préciser les raisons cliniques de cette mesure, par une description des symptômes.

Cette destination des C.P.U. explique la disposition souvent carcérale des lieux : les chambres sont souvent de véritables cellules avec barreaux aux fenêtres et sans aucun mobilier. Il n'y a pas de bureau médical, ni d'offices de soins prévus. Le personnel infirmier offert par l'administration est réduit au strict minimum indispensable à la surveillance. Les quelques améliorations apportées lors de la construction récente de nouvelles chambres restent conçues dans un esprit d'isolement et d'économie. "Autrement dit, l'administration se comporte comme si elle ignorait la maladie mentale, ou, si elle la reconnaît, c'est pour la juger immédiatement justiciable de l'internement" (G. BOUDIN, A. LAURAS, F. CATTAN).

Il existe actuellement 157 lits d'hospitalisation dans les divers C.P.U. des hôpitaux parisiens. Ils sont répartis comme suit : Beaujon (12), Bicêtre (11), Bichat (9), Cochin (12), Hotel-Dieu (17), Laënnec (10), Lariboisière (9), La Pitié (26), Saint-Antoine (19), Tenon (32).

A ces lits, on peut ajouter les 240 lits de neuro-psychiatrie de l'hôpital La Salpêtrière qui sont, eux, conçus pour le traitement des malades mentaux, mais ils ne sont pas, sauf exception, utilisables pour les besoins d'urgence.

Parallèlement, il existe dans les divers établissements du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine : 11 691 lits, dont 873 dans les services libres. La proportion est donc de 1 à 30 entre les lits psychiatriques des hôpitaux généraux et ceux des établissements psychiatriques.

NECESSITE DES C.P.U. :

L'existence des pavillons psychiatriques à l'intérieur des hôpitaux généraux est une nécessité absolue, reconnue par tous les médecins des hôpitaux généraux. Cette nécessité est liée à deux ordres de faits :

- l'énorme demande psychiatrique dans les hôpitaux généraux
- l'existence d'un nombre important de cas nécessitant un
abond et un traitement à la fois somatique et psychiatrique.

1°) La demande psychiatrique dans les hôpitaux généraux

Depuis trois ans, le Professeur BOUDIN a institué dans son service une consultation destinée aux malades psychiatriques des différents services de l'hôpital Saint-Antoine. Depuis le début, les activités de cette consultation n'ont cessé de se développer.

Tout récemment, Mademoiselle M. CHAMID-NOURAI, dans sa thèse (1967) fait un bilan de cette consultation pour le début de l'année 1966. Pendant les trois premiers mois de l'année 1966, un seul médecin consultant a ainsi examiné 248 malades dont 147 étaient de nouveaux malades. Parmi ces derniers 46 ont été hospitalisés au Pavillon Dupré. Parmi les 101 anciens malades, 4 ont dû également rentrer à Dupré. La plupart de ces malades sont examinés dans un des bureaux de la consultation du service qui fonctionne à plein temps. Certains ne peuvent être examinés qu'à leur lit en raison de troubles organiques importants (en particulier, dans le service de réanimation). Sans entrer dans le détail de ce travail, disons simplement que parmi les 193 malades qui n'ont pas été à Dupré, deux seulement ont dû être hospitalisés en milieu psychiatrique; tous les autres ont pu regagner leur service d'origine ou sortir, pour être suivis en consultation externe quand cela était jugé nécessaire. La classification étiologique de ces malades peut être vue sur le tableau suivant.

CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE

MALADES OU L'ORGANIQUE EST PREPONDERANT	NOUVEAUX MALADES		ANCIENS MALADES
	33		34
Alcoolisme	10		12
Epilepsie	12		15
Démence	0		0
Neurologie	6		7
Maladie générale	5		2
MALADES SANS PARTICIPATION ORGANIQUE APPARENTE	160		102
P.M.D.	2		4
Psychoses délirantes chroniques	21		5
Psychoses délirantes aigües	2		1
Dépression névrotique	40		30
Névroses graves	47		34
Déséquilibres	27		10
Psychosomat hypochondrie	19		14
Inclassables	2		4

N.B. Certains malades sont classés à plusieurs rubriques.

Un bilan plus récent de cette consultation montre (B. ALLIOT -- à publier) sur une période de trois mois, 828 malades ont été examinés parmi lesquels :

- 420 malades de psychiatrie pure;
 - 148 épileptiques parmi lesquels beaucoup avaient en fait des problèmes psychologiques et psychiatriques :
 - 39 céphalées - vertigos
 - 9 tétanies.
- } Chez lesquels l'incidence psycho-
logique n'est pas négligeable.

Les autres malades étaient neurologiques.

Les 420 malades psychiatriques se répartissent ainsi :

- 155 névroses;
- 63 psychoses (15 %);
- 29 tentatives de suicide;
- 117 dépressions;
- 13 éthyliques;
- 31 syndromes subjectifs;
- 12 divers.

Nous remarquons ici la relative fréquence des psychoses dans une consultation de neuropsychiatrie. La psychiatrie à l'intérieur de l'hôpital général ne se limite pas à l'alcoolisme et aux "petits névrosés". Les grands malades y sont représentés de façon notable.

B. ALLIOT (à publier) a fait également un bilan de l'activité générale du service du Professeur BOUDIN pour les mois de mars et avril 1967 :

- 142 malades sont entrés au pavillon Dupré (durée moyenne du séjour : 7,4 jours).

- Pendant la même période, 394 malades sont entrés au pavillon Lemierre (Lemierre II et Lemierre IV). Parmi ces derniers on peut dénombrer :

Névroses	4 %
Psychoses	2 %
T.S.	1 %
Dépressions	12 %
Ethylisme	4 %
Syndi. Subj.	2 %
Epilepsie	8 %
Neurologie	44 %
Médecine	19 %
Divers	7 %

Depuis quelques années plusieurs chefs de service ont pris conscience du nombre considérable de malades posant essentiellement ou accessoirement des problèmes psychiatriques à l'intérieur des services de médecine générale. Et les problèmes de ces malades sont souvent ignorés ou négligés en raison de la carence des institutions psychiatriques dans les hôpitaux généraux.

Le Professeur PEQUIGNOT a attiré l'attention à plusieurs reprises sur ce problème. En 1961, commentant les résultats du travail de BONNET, de PAILLERET (Thèse Paris 1961) dans le service du Professeur JUSTIN-BESANCON à l'hôpital Bichat et à Cochin, il notait un pourcentage de 30 % de malades psychiatriques. Les chiffres suivants représentent le pourcentage retrouvé lors d'une enquête ayant duré 3 mois où chaque malade était examiné dans le but de rechercher l'incidence des affections psychiatriques. Dans la troisième colonne, des chiffres sont établis à partir du diagnostic inscrit sur le fichier, pour une période d'un an, dans le même service de Cochin.

	BICHAT	COCHIN	BILAN SUR FICHER
Tentatives de suicide	9,5 %	2,3 %	3 %
Psychoses	3,8 %	7 %	2,1 %
Dépression simple	0,7 %	5 %	1,1 %
Déséquilibre caractériel	6,7 %	10 %	5,2 %
Psychosomatique et Somatopsychique	3,1 %	1,7 %	.
Alcoolisme	4,8 %	4 %	9,2 %
Total	22,9 %	30 %	19,9 %

A noter que dans ce tableau les rubriques psychose, dépression et déséquilibre caractériel devraient être augmentées du nombre respectif de malades classés à Tentatives de suicide.

Ce travail est intéressant à plusieurs titres. Il montre d'un part que le pourcentage de malades psychiatriques dans le tout venant des malades de médecine générale est compris entre un quart et un tiers. D'autre part, il ressort du tableau ci-dessus que le seul fait d'examiner les malades, en pensant à l'éventualité d'un trouble psychiatrique permet d'en détecter un nombre important. Ceci montre que ces problèmes restent probablement inaperçus ou sont négligés dans un bon nombre de cas.

Ces chiffres sont en accord avec les impressions de la plupart des médecins (et même des administratifs) qui s'intéressent à ce problème. Une enquête récente effectuée par le groupe des internes en psychiatrie des Hôpitaux de Paris dans un grand nombre de services parisiens trouve également un chiffre avoisinant 25 % (à publier).

Parmi tous ces malades rencontrés dans les hôpitaux généraux, beaucoup doivent être hospitalisés en milieu psychiatrique :

- soit parce que leur agitation les rend dangereux pour les autres
- soit parce qu'il y a eu tentative de suicide et qu'il y a risque de récurrence
- soit parce que l'état confusionnel n'est pas compatible avec le maintien en salle commune
- soit parce que l'état dépressif fait craindre un suicide
- soit parce que le problème psychologique nécessite un isolement complet vis à vis de la famille ou vis à vis des autres
- soit parce qu'il n'est possible de faire le diagnostic et le pronostic qu'après une mise en observation dans des conditions qui ne soient pas celles de la salle commune
- soit parce que le traitement psychiatrique ne peut être réalisé en service de médecine générale.

Mais dans l'état actuel de surcharge des C.P.U. bien des malades qui devraient y entrer ne le peuvent pas. Il n'est pas rare que certains malades ayant des idées de

suicide demeurent dans des services de médecine, à des étages élevés, sans qu'aucune surveillance valable puisse être réalisée, parce qu'il n'y a pas de place au C.P.U. ni en clinique privée et que les malades n'acceptent pas d'aller en hôpital psychiatrique.

Mais il reste tous les malades pour lesquels une hospitalisation psychiatrique n'est pas indispensable et qui dans les conditions actuelles d'organisation de la psychiatrie à l'hôpital général sont non soignés ou le sont mal, et cela pour diverses raisons :

- parce qu'il n'y a pas de psychiatres ou pas suffisamment
- parce que les locaux ne permettent pas d'entretien psychiatrique
- parce que les conditions de vie à l'hôpital sont défavorables, à l'abord psychothérapique : grandes salles communes, promiscuité angoissante (malades agonisants), personnel infirmier non préparé à la psychiatrie et surchargé. Il est aberrant que des malades mentaux (en particulier les hypochondriaques) soient obligés de rester oisifs et alités toute la journée.

- parce que ces malades ne peuvent rester suffisamment longtemps devant laisser leurs places à des patients plus graves sur le plan organique
- parce que les problèmes psychiatriques ne sont pas démasqués par des médecins ou internes n'ayant pu avoir de formation psychiatrique à la faculté ou à l'hôpital.

Est-ce à dire que tous ces malades mentaux qui "encombrent" les services de médecine générale et qui n'y peuvent pas être valablement soignés, devraient l'être ailleurs, c'est-à-dire dans les hôpitaux psychiatriques ? C'est l'opinion de certains, et en particulier de l'administration de l'assistance publique qui refuse de s'occuper de psychiatrie.

Mais cela est une utopie parce que la plupart de ces malades ou bien nient la maladie mentale ou bien, s'ils l'admettent, ils refusent catégoriquement d'être soignés à l'hôpital psychiatrique.

D'autre part il faut souvent un certain temps pour préparer les malades à accepter d'être considérés comme psychiatriques et être abordés comme tels.

2°) Le deuxième ordre de faits qui justifie l'existence des C.P.U. est l'association de problèmes psychiatriques et organiques chez le même malade, ce qui impose un abord sous ces deux aspects. Cette association se réalise à trois niveaux :

- Beaucoup de malades somatisent leur névrose et présentent une symptomatologie fonctionnelle, pour laquelle il est indispensable qu'un bilan clinique et de laboratoire soit effectué avant de la considérer comme psychogénétique et de la traiter comme telle. Là encore une préparation psychologique à l'abord psychiatrique doit être faite à l'hôpital.

- Il existe en bon nombre de cas pour lesquels une maladie organique connue et sévère est associée au trouble psychique et nécessite impérieusement l'hospitalisation à l'hôpital général, pour effectuer les examens spécialisés utiles et réaliser le traitement qui s'impose.

- Enfin dans certains cas une affection organique jusque là méconnue est révélée par un tableau psychiatrique plus ou moins aigu. Le diagnostic en aura été facilité parce que le malade aura été vu par des médecins ayant une expérience de ces cas, avec une solide formation médicale et neurologique, et parce que les examens complémentaires nécessaires à la confirmation du diagnostic auront pu être réalisés facilement et rapidement.

Il y a donc là une spécificité du rôle des C.P.U. qui s'occupent d'une catégorie de malades qui ne peuvent être soignés ni à l'hôpital psychiatrique ni dans un service de médecine de l'hôpital général.

INSUFFISANCE DES C.P.U.

Nous venons de voir que les C.P.U. sont indispensables parce qu'il ont une fonction spécifique du traitement des malades à la fois mentaux et organiques, fonction qui ne peut être remplie par aucun autre service.

Mais ces C.P.U. sont insuffisants en quantité et en qualité

1°) Le nombre de places est, en effet, nettement insuffisant, ce qui fait que :

é - ne peuvent y entrer certains malades qui devraient le faire et qui demeurent dans les services de médecine, puis sortent sans avoir été valablement vus et traités.

- sortent prématurément certains autres;

- on est obligé d'interner (sous loi de 1838) un bon nombre de malades.
Ce qui aurait été évité si l'on avait pu les garder quelques semaines au C.P.U.

- on adresse un nombre très important de malades dans des cliniques privées, ce qui ne devrait pas répondre à la vocation de l'assistance publique.

Pour un hôpital de l'importance de St Antoine, 80 lits psychiatriques semblent représenter un minimum.

D'autre part, certains hôpitaux aussi importants que Broussais, Necker, St-Louis, Créteil, ne comportent aucun lit de psychiatrie d'urgence.

2°) Les locaux sont notoirement inadaptés :

A côté des chambres d'isolement telles qu'elles existent actuellement et qui devraient constituer une minorité, il manque de chambres individuelles plus confortables; mais qui pourraient être transformées instantanément en chambre d'isolement. Il est indispensable qu'il existe une salle de réunion pour les malades pouvant sortir de leur chambre. Il faut, en outre :

- un ou deux bureaux médicaux
- une infirmerie valable,
- une salle d'attente,
- un bureau pour secrétariat
- et un bureau pour l'assistante sociale.

3°) Le personnel infirmier est en trop petit nombre. Les malades changent très souvent, ont toujours des traitements importants et ils nécessitent tous une surveillance attentive.

RECRUTEMENT - TABLEAU I -

SERVICE DU PROFESSEUR BOUDIN	252	55,5 %	59	9 %
AUTRES SERVICES DE SAINT-ANTOINE			200	32 %
AUTRES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS	35	7,7 %	22	3 %
ADMISSION DES URGENCES SERVICE PORTE	197	43,3 %	237	37 %
CONSULTATION DU SERVICE DU PROFESSEUR BOUDIN	30	6,6 %	96	15 %
	1961		1965	

TABLEAU II - SORTIES :

SUR DEMANDE CONTRE AVIS MEDICAL	53	10 %	36	5,7 %
SORTIE SIMPLE AUTORISEE	181	33,8 %	189	30 %
SERVICE DU PROFESSEUR BOUDIN	100	18,8 %	111	16 %
AUTRES SERVICES ST-ANTOINE	106	19,8 %	88	14 %
SERVICES PSYCHIATRIQUES LIBRES	135	25 %	120	19 %
CERTIFICAT D'INTERNEMENT	43	8 %	70	11 %
AUTRES HOPITAUX NON PSYCHIATRIQUES	31	5,8 %		
DECES	20	3,7 %	11	2 %
	1961		1965	

TABIEAU III -- DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE

TENTATIVE DE SUICIDE	60	13 %	100	17 %
AGITATION DELIRANTE AIGUE (Bouf. délir. D.T. Confusion)	150	34 %	93	16 %
AGITATION DE PSYCHOSES CHRONIQUES	44	10 %	88	15 %
AGITATION DE DEMENTS	40	9 %	38	6 %
EXCITATION PSYCHIQUE (manie, ivresse)	37	8 %	60	10,3 %
DEPRESSIONS (Mélancoliques ou névrotiques)	44	10 %	57	10 %
AGITATION NEVROTIQUE OU CARACTERIELLE	88	20 %	137	25 %
	1961		1965	

TABIEAU IV -- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

MALADIES OU LA PARTICIPATION ORGANIQUE ET PREPONDERANTE	270	60 %	296	51 %
ALCOOLIQUES	147	33 %	146	22 %
Ivresses	23	5 %	45	7,8 %
D.T.	74	16,8 %	36	6 %
Démences	16	3,6 %	19	3,2 %
Troubles caractériels	19	4,3 %	29	5 %
Epilepsie	15	3,3 %	12	2 %
EPILEPSIES	60	13,6 %	53	9,1 %
Agitation critique	18	4 %	4	
P.A.E.	19	4,3 %	15	2,5 %
Troubles caractériels			22	
Alcoolisme	23			
DEMENTES	40	10 %	38	6,5 %
Séniles				
Artériopathies				
Syphilitiques				
Alcooliques	16	3,6 %	14	
NEUROLOGIE	30	6,7 %	37	6 %
MEDECINE GENERALE	24	5 %	28	4,8 %
	1961		1965	

TABIEAU V - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

P.M.D. Manie et mélancolie	29	6 %	35	5,5 %
PSYCHOSES DELIRANTES CHRONIQUES	44	10 %	88	15 %
PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES	28	6 %	28	4,8 %
DEPRESSIONS NEVROTIQUES	29	5 %	42	7 %
NEVROSES GRAVES			70	12 %
DESEQUILIBRES	23	5 %	67	11 %
INCLASSABLES	20	4,4 %	20	3,4 %
TOTAL DES MALADES OU LA PARTICIPATION ORGANIQUE N'EST PAS APPARENTE	173	40 %	286	49 %
	I96I		I965	

TABLEAU VI - - TAB

LEAU COMPARATIF DU POURCENTAGE DES AFFECTIONS ORGANIQUES RESPONSABLES

STATISTIQUES	ALCOOLISME	EPILEPSIE	AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET GENERALES	DEMENCES	TOTAL ORGANIQ.	TOTAL MALADES	POURCENTAGE
HOPITAUX PSYCHIATRIQUES	21 898 (22,7 %)	2 552 (2,5 %)	1 902 (2,0 %)	10 060 (10,1 %)		96 456	41,7
P.A. LAENNEC	99	29	36	20	184	321	57,3
P.A. LA PITIE	356	31	99	52	538	845	63,5
P.A. COCHIN (1961)	14		4	7	27	55	50
DUPRE (1961)	147	60	54	26	270	443	60
DUPRE (1965)	146	53	65	38	296	582	51
TOTAL DES PAVILLONS D'AGITES	762	173	258	143	1 315	2 246	58,5

LA PSYCHIATRIE DANS
LES HOPITAUX GENERAUX

Chacun sait à quel point la psychiatrie imprègne la médecine générale. "La médecine générale est une branche de la psychiatrie", selon la boutade célèbre. Mais, actuellement, la psychiatrie est, dans l'esprit de l'administration et de la plupart des médecins, complètement séparée de la médecine, aussi bien au niveau des soins des malades que de la formation des médecins. La réforme actuelle qui vise la sectorisation est conçue complètement en dehors de la médecine. Pourtant, tout le monde, médecins et psychiatres semblent souhaiter la suppression d'une telle coupure.

Plusieurs voix se sont élevées pour rappeler les avantages qu'il y aurait à assurer cette réintégration de la psychiatrie dans la médecine.

- Intérêt pour les médecins qui sont conscients de l'extrême fréquence des problèmes psychiatriques qu'ils ne peuvent pas ou ne savent pas aborder. Les psychiatres ont beaucoup à apprendre aux médecins, ne serait-ce que dans le maniement de la relation thérapeutique qui est la base de la médecine.

- Réciproquement, les psychiatres ont besoin des médecins, non seulement pour résoudre les problèmes proprement médicaux de leurs malades, mais aussi pour leur rappeler qu'ils sont eux-mêmes médecins.

- L'enseignement de la psychiatrie en serait grandement facilité car ce n'est pas là le moindre intérêt. L'enseignement en psychiatrie qu'assure la faculté est pratiquement inexistant.

- Enfin, la recherche y trouverait également son compte.

Nous ne prétendons pas ici établir un projet d'organisation de la psychiatrie mais seulement rappeler les projets actuels concernant le problème particulier de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

1°) Certains proposent de s'en tenir aux pavillons d'agités pour les problèmes aigus (les agités, les mélancoliques); tous les autres problèmes psychiatriques pourraient être abordés à l'intérieur même de services de médecine, à condition de leur offrir de bonnes conditions de travail (M. PEQUIGNOT).

Cette solution ne semble pas pouvoir permettre de donner à la psychiatrie une place suffisante.

- Parce que la place du psychiatre reste à définir à l'intérieur du service. Celui-ci risque, comme c'est souvent le cas, de ne pas pouvoir établir une relation thérapeutique, si nécessaire en psychiatrie, en raison de sa position seconde par rapport au médecin de la salle, à la difficulté qu'il aura de suivre et de revoir ses malades.

- Parce qu'un service de médecine ne peut réaliser une ambiance psychothérapeutique indispensable en psychiatrie (personnel infirmier non habitué, etc...)

- Parce que le malade mental risque d'être rejeté par les autres malades, regardé comme un fou.

2°) Une autre solution consiste à garder le statut actuel du pavillon d'agités sans le modifier, mais en augmentant progressivement le nombre de places.

Nous ne répéterons pas les inconvénients liés à la conception même du pavillon d'agités qui, dans l'esprit de l'administration, ne doit pas permettre de traiter les malades :

- caractère carcéral des locaux
- insuffisance du personnel médical et infirmier
- difficulté d'aborder les autres malades psychiatriques de l'hôpital.

3°) Les psychiatres du cadre des hôpitaux psychiatriques sont, dans l'ensemble, franchement hostiles à l'abord psychiatrique dans les hôpitaux généraux parisiens par crainte d'un "écrémage" qui laisserait des psychiatres ne s'occuper, dans des asiles, que de malades incurables.

Certains admettent un service psychiatrique à l'hôpital général pour les problèmes aigus, mais à la condition expresse que ce soit la même équipe de psychiatres qui travaille dans le secteur et dans ce service.

Répétons à ce sujet que le fait de soigner les malades psychiatriques à l'hôpital général n'enlève rien aux hôpitaux psychiatriques, car la grande majorité de ces malades n'iront pas à l'hôpital psychiatrique. Il s'agit seulement de traiter des malades qui ne le sont pas actuellement ou le sont mal.

D'autre part, l'existence d'unités psychiatriques pour malades aigus ou subaigus n'empêcheraient pas les hôpitaux psychiatriques de recevoir également des malades aigus.

4°) A l'étranger, des unités psychiatriques des hôpitaux généraux ont été créées depuis longtemps.

En Angleterre, il est prévu par exemple que dans la région du Nord-Est, un quart des lits psychiatriques sera situé en 1975 dans ces hôpitaux.

BROCK étudie les avantages et les inconvénients de cette évolution et parmi toutes les solutions envisagées, propose celle qui lui semble préférable : unité psychiatrique d'un hôpital général, associée à un hôpital psychiatrique. Cette unité soignerait les malades curables rapidement ou subaigus, mais les malades chroniques seraient envoyés à l'hôpital psychiatrique. On garderait également les malades posant un problème médical. Le personnel médical pourrait être partagé en plein temps et temps partiel; ces derniers pouvant travailler à la fois dans les deux services et suivre ainsi leurs malades.

Aux U.S.A. il existe actuellement plus de 800 unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux. On admet que le plan d'un hôpital général ne comportant pas d'unité psychiatrique est démodé avant d'être achevé. "Le mouvement qui tend à faire de l'unité psychiatrique de l'hôpital général le noyau du Centre de Santé mentale a déjà commencé il y a quelques années et a eu aussi une action excellente sur l'organisation de la médecine " (LEBENSOHN).

Au Canada, l'évolution se fait dans le même sens. Le Professeur A. MOLL (Montreal) écrit : "La plupart d'entre nous sommes d'accord que parmi les progrès majeurs réalisés dans l'évolution des services de psychiatrie, c'est la création de tels services dans les hôpitaux généraux".

Un tel service pour être valable, doit comporter, selon lui :

- une division psychiatrique aiguë ouverte en permanente (médecin de nuit)
- une consultation
- une division de malades hospitalisés -(10 % de lits totaux de l'hôpital)
- un hôpital de jour et un hôpital de nuit
- un service de soins à domicile.

5°) Projet de l'équipement neuro-psychiatrique des C.H.U. (Professeur DECHAULE)

La clinique devrait disposer des services suivants :

- A l'hôpital général :

- un service de neurologie de 60 lits
- un service de psychiatrie (non soumis à la loi de 1838) avec traitements de courte durée - 60 lits
- un service de neuro-psychiatrie infantile : 30 à 40 lits.

- A l'hôpital psychiatrique : "Il est indispensable que la clinique neuro-psychiatrique ait à l'hôpital psychiatrique un service d'hospitalisation. Certes l'hôpital psychiatrique doit avoir dans sa structure des services ouverts qui lui permettent de recevoir directement des malades non internés, non traités antérieurement et qui ouvrent aux médecins du cadre actuel d'autres horizons que ceux de la psychiatrie asilaire en leur permettant de traiter des malades aigues... C'est à l'hôpital psychiatrique que seront organisés les services d'ergothérapie, de réadaptation fonctionnelle pour malades mentaux".

Ce service pourrait comprendre 150 à 200 lits.

- Nécessité également d'un service de réadaptation fonctionnelle à visée neurologique : 50 lits.

.. Nécessité de consultation hospitalière et extra-hospitalière et de laboratoires de recherches dans tous les domaines : neuro-radiologie, neuro-pathologie; électro-encéphalographie, neuro-physiologie humaine, physiologie médicale, psycho-pharmacologie.

Au total, l'existence de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux apparaît indispensable. Bien sûr, cela pose des problèmes délicats d'articulation de ces services avec le secteur et donc avec l'hôpital psychiatrique, mais ces difficultés ne semblent pas insurmontables.

C O N C L U S I O N S

Nous avons rapporté 20 observations de malades hospitalisés dans le pavillon Dupré, pavillon dit d'agités dirigé par A. LAURAS dans le Service du Professeur G. BOUDIN à l'hôpital Saint-Antoine.

Ces observations concernent des malades (n° 1 à 16) dont l'état mental nécessitait leur hospitalisation en milieu psychiatrique et chez lesquels une étiologie organique, jusqu'alors insoupçonnée, a pu être découverte. Ce diagnostic a été facilité par la présence, dans ce pavillon, d'une équipe médicale, et par la possibilité d'obtenir facilement des examens complémentaires spécialisés (en particulier dans la sphère neurologique).

La symptomatologie psychiatrique a ainsi révélé dans nos cas :

- Diverses affections générales, en particulier endocriniennes, hyper ou hypothyroïdie, hypoglycémie d'un adénome langerhansien, tétanie parathyroïdienne, mais aussi polyglobulie, infarctus du myocarde etc...

- Et diverses affections neurologiques (ce qui n'étonne guère étant donnée l'orientation neurologique du service du Professeur BOUDIN) tumeurs cérébrales, méningites purulentes et tuberculeuses, hématomes sous-dural, ramollissement temporal, paralysie générale, comitialité. Les autres cas rapportés (n° 17 à 20) sont ceux de malades porteurs d'une affection organique connue, nécessitant des soins médicaux quotidiens et spécialisés, ou des méthodes d'examens particulières et qui devraient être hospitalisés en milieu psychiatrique en raison de troubles mentaux, dépendant ou non de la maladie somatique.

Ces faits ont été rapportés pour montrer qu'un certain nombre de malades, du fait de l'association de troubles psychiques et somatiques graves ou difficiles à préciser, ne pouvaient être examinés et traités que dans un service psychiatrique intégré géographiquement à un hôpital général.

Cette nécessité est confirmée par l'activité débordante des pavillons dits d'agités qui sont constamment obligés d'évacuer prématurément les malades qu'ils hébergent, pour en recevoir de plus urgents.

Un bilan d'activité du pavillon Dupré est présenté, portant sur l'année 1961 (publication Pr BOUDIN - LAURAS - CATTAN) et sur l'année 1965. Il est comparé à celui des quelques autres pavillons d'agités parisiens. Il fait ressortir l'énorme pourcentage des problèmes organiques qui s'élève à 58 %, si l'on tient compte des alcooliques et à 25 % si l'on n'en tient pas compte. Dans l'ensemble des hôpitaux psychiatriques ce premier chiffre est de 41,7 %.

Si l'on exclut de ces malades d'origine organique ceux d'entre eux pour lesquels aucun traitement médical étiologique n'est possible (les déments et les oligophrènes), on relève un chiffre de 52 % pour les P.A. et de 15,4 % pour les établissements psychiatriques.

Ces chiffres montrent assez le caractère particulier des problèmes psychiatriques que peuvent poser les malades hospitalisés dans les hôpitaux généraux à l'occasion des manifestations cliniques dont la nature mentale n'est pas toujours évidente d'emblée.

Ces P.A. dans leur structure actuelle sont insuffisante et s'ils réalisent un minimum indispensable, ils sont incapables de répondre à l'énorme demande psychiatrique de l'hôpital général.

L'abord de ces nombreux problèmes à l'intérieur des services de médecine est difficile, malgré les efforts réalisés dans certains services.

A l'hôpital Saint-Antoine, le Professeur BOUDIN a organisé des consultations internes et externes qui permettent de remédier à une partie de ces problèmes, mais dans des conditions qui restent difficiles.

Traiter ces malades à l'hôpital général n'est pas les soustraire aux structures psychiatriques existantes, c'est leur permettre d'aborder ce qui ne le serait pas ou le serait beaucoup plus tard. La solution semble être la création de services psychiatriques autonomes à l'intérieur des hôpitaux généraux, comme cela existe dans

certaines villes de province et à l'étranger. Toute une équipe médicale, capable d'assurer à la fois le diagnostic et le traitement des affections organiques et psychiatriques, y compris bien entendu les psychothérapies assureraient la marche d'un tel service.

Mais une politique d'organisation psychiatrique ne peut négliger de s'occuper d'une population psychiatrique qualitativement spéciale et quantitativement aussi importante que celle qui est rencontrée dans les hôpitaux parisiens.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

M.ⁱ BOUDIN

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J.ⁱ ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - F. BENOIST, G. TINEL
Rôle du pavillon d'agités dans un service de médecine générale
Entretiens Bichat 1955 p. 25
- 2 - F. BONNET de PAILLERETS
Problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale
Thèse Paris 1960
- 3 - BOUDIN G., LAURAS A., CATTAN F.
Les pavillons d'agités et le sort des malades atteints de troubles
psychiques dans les hôpitaux généraux de l'assistance publique.
R. Med. II mai 1963 p. 1165
- 4 - BOUDIN G., LAURAS A., TABARY S.C.
La place de l'épilepsie dans la genèse des épisodes psychotiques aigus
(à propos de l'étude analytique de 27 observations personnelles)
R. Med. 30 nov 1963 2431
- 5 - BOUDIN G., LAURAS A., Mme VAILLANT C.
Etat de mal épileptique révélateur d'une méningite charbonneuse
Etude anatomo-clinique
Sem. Med. Hop. Paris II5 1964 N° 2 183
- 6 - BOUDIN G., BARBIZET J., LAURAS A., LORTAT JACIB O.
Manifestations psychiques révélatrices des ramollissements
temporaux droits.
Conc. Med. 26 oct. 1963 5675
- 7 - BROOCK C.
Psychiatric units in general hospitals
Lancet 2 684 sept 1964
- 8 - CHAMID NOURAI M.
Bilan d'une consultation psychiatrique dans un hôpital général
Thèse Paris 1967
- 9 - DAVIES D.
Physical illness in psychiatric out-patients
Brit. J. Psych. 111 27 1965
- 10 - DECHAUME J.
Rapport sur les normes de l'équipement neuro-psychiatrique dans un C.H.U.
Inf. Psychiatrique Mars 1960 293

- 11 - ENRENTHEIL
Common medical disorders rarely found in psychotic patients
Arch Neurol Psychiatr. 77 2 178- 1957
- 12 - GAMBS
Etats dépressifs symptomatiques d'affections cérébrales
Ann. Med. Psych. 4 578 1963
- 13 - H ALDANE F., COHEN N.
Psychiatric units in general hospitals
Lancet 17 oct. 1964 861
- 14 - HELGASON T.
Epidemiology of mental disorders in Iceland
Acta Psychiat. Scand. Supp. 173 1964
- 15 - KLOTZ M.
Incidence of brain tumors in patients hospitalized for chronic mental disorders
Psychiatric Quaterly 31 669 1957
- 16 - LAURAS A.
Les malades agités
Rev Prat. 3271 1962
- 17 - LEBENSOHN Z.
A new role for the psychiatric unit of the community hospital
Comprehensive Psychiat. 4 n° 6 375 1963
- 18 - LEYBERG J.
Psychiatric units in general hospital
Lancet 1964 10 Oct 822
- 19 - LIVRE BLANC DE LA PSYCHIATRIE FRANÇAISE
Tomes I et 2 E. Privat Edit. Paris
- 20 - LOOPER B.
A study of 100 chronic patient psychiatric identified in general practice
Brit. J. Psych. 111 595-1965
- 21 - METTLER, RANDELLA
Les affections neurologiques dans les établissements psychiatriques américains
World Neurology 1960 Vol 1 199
- 22 - PATTON G., SHEPPARD J.
Intracranial tumors found at autopsy in mental patients
Amer J. Psych. 113, 319 1969
- 23 - PEQUIGNOT, JUSTIN BESANCON, BONNET DE PAILLERET
Problèmes psychiatriques d'un service de médecine générale
Sem. Hop. Paris 8 mars 1961, 37.

24 -- REQUET

Les psychoses symptomatiques. Leur signification
Evol. Psych. 30, 233 1965

25 -- RIGOTTI S., DU MARIA F.

Facteurs exogènes et endogènes dans 74 cas de confusion mentale
Rev. Sperim. Frenat. 89, 270 1963

26 -- SADOUN

Statistiques médicales des établissements psychiatriques en France
pour l'année 1963
Bull. Inst. Nat. Santé 1965

27 -- SMALL I., SMALL J., FJELD S., HAYDEN M.

Organic cognates of acute psychiatric illness
Amer. J. Psych. 1966 122, 790

28 -- UHRY CIRILLI M.

Les pavillons d'agités
Rev. Prat. 1956 6 N° 5 523.

